Cristina Maria Meira de Melo, Norma Carapiá Fagundes
e Tatiane Araújo dos Santos (Organizadoras)

Avaliação

Metodologias no campo da saúde e da formação

EDUFBA

Avaliação

Metodologias no campo da saúde e da formação

Cristina Maria Meira de Melo
Norma Carapiá Fagundes
Tatiane Araújo dos Santos
Organizadoras

Avaliação

Metodologias no campo da saúde e da formação

Edufba
Salvador
2012

Capa, Projeto Gráfico e Editoração
Rodrigo Oyarzábal Schlabitz
Edvaldo Gomes Ferreira Monteiro

Normalização
Lucas Manoel E. Vieira

Revisão
Magel Castilho de Carvalho
Tânia de Aragão Bezerra

Sistema de Bibliotecas – UFBA

Avaliação : metodologias no campo da saúde e da formação / Cristina Maria Meira de Melo, Norma Carapiá Fagundes, Tatiane Araújo dos Santos, organizadoras ; prefácio, Michel Perreault. - Salvador : EDUFBA, 2012.
310 p.

ISBN 978-85-232-0863-9

1. Saúde pública - Brasil - Avaliação. 2. Saúde pública - Brasil - Metodologia. 3. Formação profissional - Avaliação. I. Melo, Cristina Maria Meira de. II. Fagundes, Norma Carapiá. III. Santos, Tatiane Araújo dos. IV. Perreault,Michel.

CDD - 326.10981

Editora filiada a

EDUFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Campus de Ondina,
40170-115, Salvador-BA, Brasil
Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Sumário

Prefácio

Antes de perguntar “para que um livro sobre avaliação?”, devemos, pela leitura deste livro, nos perguntar: para que avaliar no campo da Saúde? E, particularmente, por que avaliar no campo da Saúde no Brasil, que não tem, até agora, uma longa tradição no campo da avaliação, como é o caso de diversos sistemas nacionais de saúde.

No Brasil, devemos considerar que a saúde dispõe de um orçamento tanto frágil quanto insuficiente: um relatório de 2010 da Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados mostra que as despesas correntes cresceram 2,47 pontos percentuais do PIB (Produto Interno Bruto), mas só uma fatia de 2% deste aumento foi destinada ao custeio da saúde, o que é largamente insuficiente. Devemos reconhecer que mesmo que o Brasil tenha problemas de gestão, como sinalizado pelo próprio Ministério da Saúde, um padrão de gestão arcaico com a utilização de métodos, protocolos e mecanismos defasados, é urgente melhorar a qualidade do gasto em saúde.

Parece-me insuficiente encontrar estratégias que permitam usar melhor os recursos existentes, criando estruturas mais dinâmicas, com remuneração por metas e avaliação de desempenho, se os investimentos em saúde continuam insuficientes. Mas devemos buscar estas estratégias e avaliar se elas são eficazes e como elas o são, para melhorá-las.

É justamente este o objetivo do livro de Melo, Fagundes e dos Santos, com apoio do GERIR da Universidade Federal da Bahia. Além de mostrar de maneira bem concreta como devemos e podemos saber se as políticas em saúde alcançam os seus objetivos, o livro apresenta propostas metodológicas sobre a pesquisa avaliativa. Mesmo que definindo objetivos muitos audaciosos como "Esta metodologia deve produzir respostas sobre a gestão da OS no que se refere a uma nova forma de decidir, de executar o decidido e de sustentar os resultados alcançados", devemos aproveitar dos resultados explícitos que mostram de maneira simples e compreensível como os gestores enfrentam desafios de altíssima complexidade.

As propostas metodológicas discutidas neste livro se inserem na tradição da avaliação como prática social, preferindo ao contrário do teste científico (scientific testing), tradicionalmente mais utilizado, e que, segundo Greenhaigh e Russell, faz parte do positivismo triunfal desde o século XIX, negando em geral o conceito de gestão como prática técnica, social e política, concepção afirmada na apresentação do livro.

No entanto, felizmente todos os capítulos do livro descrevem o uso de metodologias de base construtivista, sem negar a contribuição dos dados quantitativos, ao mesmo tempo que consolidam a contribuição fundamental das abordagens de tipo qualitativo na avaliação, o que reforça a concepção, cada vez mais importante, da universalidade das ciências, tanto humanas e sociais quanto "naturais".

Como afirmaram Tanaka e Melo (2000, p. 113) [1], "a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efetivo possível. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de

---

[1] TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Revista Interface – comunicação, saúde, educação,* Botucatu, SP, 2000, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2000. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200009. Acesso em: 03 nov. 2010.

usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis", o que é o caso para todos os sistemas de saúde, levando em conta os avanços da biomedicina, que transforma problemas agudos em crônicos, o que é melhor para a esperança da vida, porém cada vez mais caro.

Mas os gestores do SUS se deparam demasiadamente com o fenômeno da fragmentação da saúde, que podemos definir como uma enorme força centrífuga de explosão de unidades de gestão, aumentando as desigualdades inter e intra-regionais, já enormes no Brasil, e ao mesmo tempo criando um crescimento paradoxal da força centrípeta da União e dos Estados, através de normas operacionais que criam um tipo de gestão vertical, no qual as unidades subnacionais não têm autonomia, o que foi o objetivo fundamental da municipalização descentralizada. Este processo de fragmentação é bem demonstrado e analisado pelo livro de Melo, Fagundes e dos Santos, confirmando o processo que cria, segundo Melo e outros (2009, p. 8)[2] tais desafios para a gestão: "Destaca-se ainda, que existem outras razões que explicam a ausência de poder local, dado que os municípios são criados muito mais para demarcação territorial de poder eleitoral de grupos políticos do que como resultado de um processo político social."

À frente desses desafios que existem em todo sistema de saúde, mas que adquirem uma importância maior no Brasil, por causa da execução da gestão da saúde por 5.564 municípios, e do verdadeiro quebra-cabeça que cria a repartição entre recursos públicos e privados, como efeito de poderes particulares que, em muitos casos, usam o orçamento público para seu próprio lucro, sem considerar os princípios e objetivos universais do SUS. Tudo isso reforça a altíssima importância da "institucionalização da prática avaliativa voltada para as práticas de saúde e/ou de gestão dos serviços, como uma possibilidade de busca de novos

[2] MELO, C. M. M. et al. *Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2009, 225 f. Relatório Final de Pesquisa Grupo GERIR.

conhecimentos e métodos a favor do aprimoramento dos processos de tomada de decisão." Neste contexto de institucionalização da prática avaliativa, o propósito é melhorar a aproximação com os objetivos fundamentais do SUS, no que diz respeito aos direitos fundamentais dos brasileiros em ter saúde como um dever do Estado, e não de apenas responsabilizar os gestores, confrontados com desafios tanto urgentes quanto complexos. É o que faz de maneira exemplar o livro *Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação.*

Michel Perreault, Ph.D.
Professor titular aposentado
Faculdade de Enfermagem
Université de Montréal
Professor visitante da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006-2010)

Apresentação

Para que um livro sobre avaliação? O propósito desse livro é apresentar propostas metodológicas sobre a pesquisa avaliativa direcionada para o campo da saúde e com interseção em outros campos, como o da gestão e educação, que têm profundas interfaces nas organizações da saúde. Os capítulos que compõem o livro são originados de pesquisas realizadas no campo da avaliação pelo grupo de pesquisa Gerir, cujas coordenadoras são vinculadas ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e por outros núcleos de pesquisa da mesma Universidade, como o Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição e o Programa de Pós-graduação da Faculdade de Administração, e pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). A ênfase em metodologias construídas e aperfeiçoadas em experimentos deve-se ao fato de que este foco é pouco realçado nas publicações sobre avaliação em saúde que normalmente enfatizam os seus resultados.

Este livro destina-se a todos os profissionais de saúde e de educação que se interessam pela avaliação. Um dos propósitos das autoras e autores é estimular pesquisas avaliativas e também a sua utilização como instrumento de gestão. A partir dos experimentos relatados, estamos convencidas de que a utilização disseminada da avaliação em

saúde poderá contribuir de modo significativo com a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Composto por oito capítulos, o livro transita entre temas diversos, como o da gestão em saúde, educação e formação e atenção à saúde. No primeiro bloco, situam-se os resultados do emprego de uma metodologia criada para avaliar a capacidade de gestão. O capítulo *Avaliação da capacidade de gestão da organização social: um caso na saúde* retrata a criação da metodologia desenvolvida por Maria do Carmo Lessa Guimarães, Cristina Maria Meira de Melo, Sandra Maria Chaves dos Santos e Alvino Sanches Filho, que foi testada inicialmente numa organização social da saúde.

O aperfeiçoamento desta metodologia pode ser apreendido no capítulo sobre a *Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal,* de autoria de Cristina Maria Meira de Melo, Geovana Raimunda Silva Santana, Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, Handerson Silva Santos, Oswaldo Yoshimi Tanaka e Tatiane Araújo dos Santos, o qual corresponde a uma pesquisa financiada pelo CNPq. Esta metodologia tem como base os princípios da reforma do aparelho do Estado no Brasil e o triângulo de governo de Carlos Matus, assumida como uma pesquisa interessada. O seu objetivo é apontar problemas para a correção dos rumos da gestão terceirizada, numa abordagem quanti-qualitativa, em quatro estudos de casos.

Com foco no SUS municipal, o capítulo sobre a *Análise da implantação do processo de terceirização da saúde no SUS municipal: uma abordagem metodológica,* dos autores Handerson Silva Santos, Cristina Maria Meira de Melo, Geovana Raimunda Silva Santana e Tatiane Araújo dos Santos, é um recorte da pesquisa anterior em que demonstra a utilização do modelo de análise de implantação, um desenho pouco utilizado no Brasil para o campo da gestão em saúde. O lócus de investigação foi o município de Salvador, que implantou o processo de terceirização da saúde a partir de 2000, através da contratação de mão de obra para

atuar no Programa de Saúde da Família. O capítulo está organizado de modo a que o leitor acompanhe *pari passu* as etapas do desenvolvimento do estudo de análise da implantação.

Ainda utilizando o modelo de avaliação da análise de implantação, o quarto capítulo apresenta análise detalhada sobre o uso desta metodologia avaliativa desenvolvido por Silvone Santa Bárbara da Silva Santos e Cristina Maria Meira de Melo. Intitulado *Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação em pesquisa avaliativa,* este capítulo tem como objetivo avaliar a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. O capítulo discute os instrumentos utilizados, o plano de análise, classificação do material e a elaboração das categorias analíticas. Na análise de implantação, foi utilizado o modelo político adotado no estudo para: (i) verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção estava sendo implantada; (ii) qual o suporte dado à intervenção pelos seus agentes; (iii) se esses agentes estão aptos a operacionalizar com eficácia a intervenção; e (iv) se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção. Os principais resultados do estudo também estão incluídos no capítulo.

Os capítulos referentes ao campo da educação e avaliação se iniciam com os resultados de uma pesquisa de Nilza Tuler Sobral e Sandra Maria Chaves dos Santos, capítulo este intitulado *Avaliação da formação de educadores em alimentação saudável: uma proposta metodológica.* Trata-se da promoção de práticas alimentares saudáveis como uma das estratégias de prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis. Também questiona a efetividade dos programas de educação alimentar e nutricional para promover mudança de práticas e considera que é necessário aperfeiçoar a metodologia para avaliação dos mesmos. O capítulo descreve a construção de um protocolo de indicadores para avaliação de cursos de formação em alimentação saudável para educadores em Salvador, Bahia. Como resultado, apresenta-se um protocolo

com doze indicadores que pode ser aplicado na avaliação de programas de formação em alimentação saudável e em diferentes contextos.

Na sequência, é apresentada uma pesquisa sobre a *Avaliação de estágios curriculares: uma proposta para a graduação em enfermagem,* de autoria de Norma Fagundes, Isabela Sales J. Ayres, Carolina Garcia, Sonia Chaves, Denise Diniz, Madeline Bitencourt e Rosanita Baptista. Trata-se de um objeto inédito e que pode contribuir para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa sobre os estágios curriculares, permitindo a visibilidade dos problemas de ordem institucional, operacional e pedagógico que dificultam tais estágios. O eixo da metodologia fundamenta-se na compreensão da avaliação como instrumento de gestão para a tomada de decisão e pactuação de compromissos voltados ao desenvolvimento e melhoria dos estágios. Para tanto, fundamenta-se na perspectiva construtivista, participativa e comprometida com os resultados da avaliação. O estudo constrói os instrumentos para coleta de informações para avaliação, um para rede básica e outro para rede hospitalar, e o roteiro para aplicação dos instrumentos, para análise das informações coletadas e para apresentação dos resultados, bem como as sugestões para elaboração de planos de intervenção visando à solução dos problemas encontrados. Este conjunto de instrumentos e roteiros compõe o modelo de avaliação proposto pela pesquisa, que podem ser aplicados na avaliação de estágios curriculares em diferentes contextos e cursos da área da saúde, bastando para isso a realização das adaptações necessárias.

O sétimo capítulo, de autoria de Mônica Moura da Costa e Silva, Rosanita Ferreira Baptista, Isabela Sales J. Ayres e Sônia Chaves, intitulado *Avaliação dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador: construindo processos de avaliação na perspectiva da Renast-BA,* sintetiza a experiência do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat) na construção de uma proposta de avaliação na perspectiva da consolidação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador no Estado da

Bahia (Renast-BA), tendo como principal objetivo nortear a equipe técnico-dirigente do Cesat e dos Centros Regionais no processo de planejamento das ações de saúde do trabalhador.

O capítulo final, das autoras Edivânia L. Araujo Santos Landim e Maria do Carmo Lessa Guimarães, descreve o estudo sobre a descentralização da gestão em um programa de saúde, intitulado *Avaliação da gestão descentralizada do Programa de DST/Aids: um estudo em municípios baianos.* A pesquisa avalia a gestão descentralizada dos Programas de DST/Aids no âmbito municipal, no contexto de consolidação do SUS no estado da Bahia, no período de 2007 a 2008, identificando os fatores que influenciam a operacionalização desses Programas. Para tanto, foi realizado um estudo exploratório em dois municípios. Os resultados foram analisados à luz do conceito de gestão como prática técnica, social e política e também com base no modelo metodológico construído para avaliar a capacidade de gestão envolvendo três dimensões interdependentes: a organizacional, a operacional e a da sustentabilidade.

Faz-se importante destacar o apoio financeiro das agências de fomento à pesquisa nos seguintes trabalhos: "Análise da metodologia para avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde"; "Análise da implantação do processo de terceirização da saúde no SUS municipal: uma abordagem metodológica"; "Avaliação da formação de educadores em alimentação saudável: uma proposta metodológica", financiados pelo CNPq; "Avaliação de estágios curriculares: uma proposta para a graduação em enfermagem", financiado pela FAPESB. O estudo "Avaliação da capacidade de gestão da organização social: um caso na saúde" teve apoio financeiro da Secretaria de Administração do Estado da Bahia.

Por fim, esperamos que os leitores desfrutem do conteúdo e façam bom uso do mesmo!

Cristina Melo, Norma Fagundes e Tatiane Araújo.

Capítulo I

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: UM CASO NA SAÚDE[1]

Maria do Carmo Lessa Guimarães
Cristina Maria Meira de Melo
Sandra Maria Chaves dos Santos
Alvino Sanches Filho

INTRODUÇÃO

A reforma administrativa do Estado brasileiro (BRASIL, 1995), a partir de 1995, implementou novas formas de oferta de bens e serviços públicos. Esta reforma gerencial tem débitos com a história de avanços e retrocessos de momentos anteriores à reforma administrativa, mas deve ser entendida como reflexo do processo político de reforma do Estado, engendrado mundialmente nos quadros da crise fiscal a partir dos anos de 1970. Entre os desafios colocados por esta reforma gerencial está o de promover a melhoria da capacidade de gestão do Estado,

[1] Pesquisa financiada pela Secretaria de Administração do Estado da Bahia.

sem prejuízos para o reconhecimento da importância das ações voltadas para aumentar a governabilidade democrática do sistema político.

A transferência da gestão de serviços públicos para organizações de natureza não estatal está apoiada no pressuposto de que existe um espaço público não-estatal, em que a sociedade é capaz de atuar em associação com o Estado na execução de serviços públicos, visando ganhos em eficiência e efetividade.

Dentre os argumentos utilizados pelo governo federal para a criação destes novos entes jurídicos, três princípios se destacam: (a) maior autonomia decisória da organização social frente aos níveis hierárquicos da estrutura burocrática da administração pública brasileira, com vistas a possibilitar um processo decisório mais rápido e efetivo; (b) maior flexibilidade para romper com a rigidez da estrutura organizacional, possibilitando maior interdependência e compartilhamento da autoridade e responsabilidade; (c) e maior transparência, ao instituir na estrutura da organização social os conselhos administrativo e fiscal, com a participação de representantes do Estado e da sociedade civil, com vistas a gerar decisões consensuais, que devem ser divulgadas e socializadas para trabalhadores e usuários. (BRASIL, 1997)

A criação de Organizações Sociais (OS) de direito privado, sem fins lucrativos e com finalidade pública inscreve-se nesta trajetória. Este modelo de organização é considerado como capaz de prover com eficiência melhores serviços à população. No estado da Bahia, a criação de OS iniciou-se a partir da Lei Estadual de nº 7.027 de 1997. Em três de setembro de 1999, foi assinado o primeiro contrato de gestão com uma OS, que assume o gerenciamento de um hospital regional de referência para aproximadamente 46 cidades do interior baiano. Até o final de 2002, o estado da Bahia contava com três contratos de gestão com organizações sociais em vigor, quando foi testada a metodologia descrita.

Com o propósito de desenhar uma metodologia de avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais, demanda da secretaria de

Administração do estado da Bahia, desenvolveu-se uma metodologia que pudesse ser aplicada a qualquer OS, independente de sua vinculação à uma área específica da ação estatal, considerando que uma melhor capacidade de gestão deveria ser o resultado ótimo deste novo tipo de organização. Desta forma, partiu-se para o desenho de uma metodologia de avaliação, da construção de um conceito de capacidade de gestão para a definição de indicadores, seleção e construção de parâmetros e desenho de um plano de análise. Esta metodologia deve produzir respostas sobre a gestão da OS no que se refere a uma nova forma de decidir, de executar o decidido e de sustentar os resultados alcançados.

O projeto desenvolvido assumiu características de uma pesquisa orientada para um problema específico, na medida em que seus resultados são previstos para contribuir com a administração de problemas práticos e operacionais. (MINAYO, 2006) Seu desenvolvimento contemplou um estudo piloto para aplicação e validação do modelo proposto de avaliação. A escolhida para o teste piloto do projeto intitulado Avaliação da Capacidade de Gestão de Organizações Sociais: Uma Proposta Metodológica (UFBA/SAEB, 2002) foi uma Organização Social de Saúde (OSS).

Este capítulo discute os resultados do teste piloto da metodologia. A avaliação foi feita através de respostas obtidas a partir de um conjunto de 39 indicadores e de informações qualitativas adicionais coletadas em pesquisa de campo junto à OSS. Esta avaliação serviu também como aplicação do teste piloto do modelo da avaliação, que posteriormente sofreu alguns ajustes. Apresenta-se também a síntese do percurso teórico-metodológico que fundamentou a seleção e construção dos indicadores e dos parâmetros de avaliação, assim como o plano de análise dos resultados. A partir destas considerações, põe-se em relevo a aplicação do modelo e os resultados obtidos. Finaliza-se o capítulo com algumas considerações que sistematizam os achados do

teste-piloto realizado e as potencialidades dos indicadores para avaliar a capacidade de gestão de uma organização social.

ASPECTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO

O foco da avaliação é a capacidade de gestão da organização social. Esta opção fundamentou-se, considerando-se que este novo modelo de gestão de serviços públicos é orientado por princípios mais flexíveis e descentralizadores, em contraposição aos princípios burocráticos, que primam pela rigidez e pela centralização decisória.

Nesse contexto, a proposta metodológica para avaliar a capacidade de gestão de organizações sociais envolveu escolhas conceituais e procedimentais que contemplaram: uma definição operacional de gestão, a seleção de variáveis e a construção de um plano de indicadores que se constitui no instrumento básico para a avaliação.

A natureza e o tipo de avaliação adotada se aproxima do que se denomina de pesquisa interessada que, segundo Draibe (2001), tem como objetivo detectar dificuldades, obstáculos ou constrangimentos; produzir recomendações ou corrigir rumos do programa e disseminar lições e aprendizagens, visando à melhoria da qualidade, do processo de implementação e do desempenho da política. O foco da avaliação implicou a adoção de uma avaliação de processo sobre as condições e o desenho da OSS, além de detectar os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem a capacidade de gestão.

A construção de uma definição-guia ou de referência sobre gestão partiu da discussão levantada por Matus (1993) sobre a capacidade de governar. Para este autor, esta capacidade é aferida a partir de três dimensões interdependentes, esquematizada no seu "Triângulo de Governo". Estas dimensões contemplam a ideia de que a capacidade de governo revela a articulação dinâmica entre a existência de projetos

de governo[2], de determinado grau de governabilidade do sistema[3] e da capacidade de governo[4] para o alcance dos objetivos contemplados.

Nesse sentido, a capacidade de gestão revela-se através de três dimensões: uma dimensão organizacional (capacidade de decidir), que expressa o formato do processo decisório (quem e como decide); uma dimensão operacional (capacidade de executar), que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e a dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados) que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão.

No contexto da avaliação proposta, a equipe de pesquisadores definiu como capacidade de gestão de uma organização social a faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão. Esta definição operacional constitui-se em uma ferramenta teórico-analítica do modelo metodológico desenhado para aferir a capacidade de gestão de OS.

ESCOLHA DOS PARÂMETROS E A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INDICADORES

No processo de construção do Plano de Indicadores, a primeira decisão diz respeito ao entendimento sobre os limites e alcances do mesmo. O ponto de partida tem como pressuposto o entendimento de que a construção de indicadores deve ser vista como um exercício contínuo, o que significa a revisão e ajustes permanentes e contextualizados sobre a real capacidade dos mesmos em aferir o que eles propõem.

---

[2] Conteúdo dos projetos de ação propostos de forma a levar o sistema ao alcance de seus objetivos.

[3] A governabilidade do sistema refere-se ao conjunto de variáveis que, sendo essenciais para a efetivação do projeto de governo, estão ou não sobre controle do ator responsável pela condução do projeto de governo.

[4] A capacidade de governo refere-se ao acervo de técnicas, métodos, conhecimentos, destrezas, experiências etc. do ator e equipe responsável pela condução do projeto de governo.

Assim, o plano de indicadores não deve ser visto como um produto acabado; ao contrário, deve ser sempre submetido às críticas que possibilitem ajustes e adaptações.

Vale ressaltar, o conceito de indicador que orientou este trabalho, o qual foi convencionado como sendo o elemento que indica certa condição, característica, atributo ou medida numérica que, ao registrar, compilar e analisar facilita que conceitos mais complexos se tornem mensuráveis. Nesta perspectiva, o indicador sintetiza ou representa e/ou dá maior significado ao que se quer avaliar, é representado por um número, por uma relação entre dois eventos ou uma qualidade do evento, e só é válido no contexto específico da avaliação.

A definição-guia de capacidade de gestão procura dar sentido à avaliação, isto é, a metodologia proposta deve ser capaz de julgar a capacidade de gestão da OS. Em consonância com a definição, os indicadores devem medir esta capacidade de gestão. Portanto, a partir das dimensões que conformam a definição de capacidade de gestão e do detalhamento do conteúdo de cada uma delas, foram listadas as variáveis e selecionados ou construídos os indicadores da avaliação referidos a parâmetros previamente adotados.

Vale destacar que uma das maiores dificuldades para a construção do plano de indicadores referiu-se à sistematização ou adaptação dos indicadores testados. Dessa forma, elaboram-se novos indicadores com base nos conceitos adotados e nos pressupostos sobre o modelo da OS no campo da gestão.

Resultou de todo este processo, a elaboração de uma matriz com 39 indicadores, distribuídos nas três dimensões que estruturam a definição-guia de capacidade de gestão (Matriz 1).

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO: O PLANO DE ANÁLISE

Visando permitir uma melhor compreensão sobre os achados, através do plano de indicadores, definiram-se os critérios para a pontuação dos resultados, de acordo com uma escala numérica. Arbitrou-se, então, uma escala de 100 pontos para cada uma das dimensões da capacidade de gestão avaliada, totalizando 300 pontos. Dessa forma, uma situação ideal seria representada pelo alcance máximo de pontuação possível para cada uma das dimensões (100 pontos).

Para estabelecer a valoração de cada indicador, considerou-se que os mesmos possuem uma natureza distinta, na medida em que mensuram fenômenos diversos e, por essa razão, têm poder de definição também diferenciado sobre a capacidade de gestão. Dessa forma, os 100 pontos arbitrados foram distribuídos pelos indicadores em cada dimensão. A figura 1 apresenta graficamente esta modelagem.

Figura 1 - O triângulo da capacidade de gestão e valores macro da avaliação

Dimensão organizacional
Máximo 100 pontos
Indicadores nº 1 a 9

Dimensão da Sustentabilidade dos Resultados de Gestão
Máximo 100 pontos
Indicadores nº 27 a 39

Capacidade de Gestão
Máximo 300 pontos

Dimensão operacional
Máximo 100 pontos
Indicadores nº 10 a 26

Diferente do pressuposto que definiu a mesma atribuição de pontos para os vértices do triângulo de gestão, isto é, a busca do equilíbrio de poder das três dimensões na definição da capacidade de gestão, trabalhou-se nesta etapa considerando que: a) as diferentes dimensões contam com uma quantidade diferente de indicadores, b) os indica-

dores têm peso diferentes na definição da dimensão que operacionalizam, considerando tanto o que está sendo mensurado, como o tipo de informação contemplada.

Desse modo, foi atribuída uma ponderação diferenciada para cada dimensão:

- Na dimensão organizacional, os indicadores sobre legitimidade da gestão alcançaram pontuação ligeiramente maior que aqueles que mensuram a ampliação do processo decisório, pressupondo que a legitimidade contribui para implementação de processos mais participativos.

- Na dimensão operacional, os indicadores referidos à capacidade de manter e mobilizar recursos alcançaram pontuação maior que aqueles que refletem opinião e a satisfação do entrevistado com a condição questionada, pressupondo que manter e mobilizar recursos têm maior poder de definição sobre a dimensão em foco.

- Na dimensão da sustentabilidade, há um equilíbrio entre os indicadores, sendo que aqueles que referem investimento na capacitação dos trabalhadores e reconhecimento da liderança dos gestores pelos trabalhadores assumiram uma pontuação ligeiramente maior, pressupondo a importância estratégica deste segmento.

Deve-se também considerar que alguns indicadores contemplam resultados dicotômicos (cujas respostas possíveis são sim ou não). Nestes casos, os pontos serão totalmente atribuídos para a resposta positiva. Já os indicadores que mensuram a frequência de determinadas respostas, entre um conjunto de atores, podem assumir valores entre zero e a totalidade das respostas possíveis (100% dos informantes). Assim, a pontuação total prevista deve ser redistribuída de forma a corresponder às possibilidades das respostas, o que se faz nesta metodologia a partir dos seguintes princípios:

- Adoção de uma escala numérica com quatro pontos de corte (25%, 50 %, 75% e 100%) que representem o percentual de respostas obtidas. Por

exemplo, 28% de respostas positivas estariam dentro do primeiro ponto de corte. Este ponto de corte inicial de 25% indica uma preocupação inclusiva dos resultados.

- Para todos os indicadores arbitrou-se pela divisão dos pontos totais atribuídos pelo número de pontos de corte, de tal forma que só será possível alcançar a pontuação máxima com o total de respostas positivas.

- Para alcançar os resultados finais da avaliação, após registrar os valores obtidos em cada um dos indicadores, basta proceder à soma dos valores. Dessa forma, os avaliadores chegarão a um valor numérico que expressa a capacidade de gestão da organização.

Como o foco da avaliação é o processo de gestão, o resultado da análise deve sinalizar um momento do processo de desenvolvimento da capacidade de gestão da OS. Isto implica que a metodologia adotada não avalia uma gestão como boa ou má, evitando as armadilhas de avaliações binárias que não geram perspectivas de aperfeiçoamento. Da mesma forma, considerou-se que, tendo em vista todo o esforço para fazer avançar a gestão pública, qualquer metodologia de avaliação deve permitir o desvendamento dos pontos críticos que constrangem o desenvolvimento pleno da capacidade de gestão de uma organização. Assim, tanto os gestores da Organização quanto os gestores do processo de implementação do modelo podem incorporar os resultados da avaliação como parte do planejamento de ações presentes e futuras, e não apenas julgar o que não foi feito ou foi feito inadequadamente no passado.

A partir dos resultados obtidos com a Matriz de Indicadores, pode-se fazer uma leitura que permite: a) identificar as variáveis que obtiveram piores e melhores resultados; b) promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes no comportamento de determinadas variáveis; c) avaliar a locação dos constrangimentos/obstáculos identificados, os quais podem ser internos ou

externos à organização; d) definir e articular estratégias para superação dos constrangimentos em curto, médio e longo prazo.

Desta forma, a avaliação proposta não se encerra em si mesma. Ao contrário, subsidia o planejamento de um futuro na direção de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão.

O CASO DA SAÚDE

A Organização Social da Saúde (OSS) é uma sociedade civil de caráter privado sem fins lucrativos, e foi a primeira entidade habilitada na Bahia como Organização Social. Fundada em 1997, foi qualificada como organização social em 17/02/1998 por decreto do governo do estado da Bahia. Em 03/09/1999, a OSS assinou o contrato de gestão com a Secretaria da Saúde do estado da Bahia (SESAB) para assumir o gerenciamento de um hospital de referência situado no interior do estado, atendendo a uma área de quarenta e seis (46) cidades circunvizinhas que compõem sua microrregião.

Decorridos três anos com a experiência do novo modelo de gestão, dever-se-ia avaliar se os procedimentos adotados pela OSS revelavam princípios indicadores de uma nova forma de gerir que priorize a autonomia administrativa, a flexibilidade de decisões cotidianas e a transparência de suas ações.

O trabalho empírico[5] constou da aplicação de 106 formulários e de doze entrevistas com os trabalhadores, conselheiros e usuários da OSS, além da análise de fatores do contexto interno e externo à organização que poderiam explicar os resultados da aplicação do plano de indicadores.[6]

---

[5] Realizada entre os dias 4 a 7 de junho de 2002. A equipe de pesquisadores foi formada pelos professores Maria do Carmo Guimarães (coordenadora), Sandra Chaves, Cristina Melo e Alvino Sanches e com apoio de Sandra Guimarães, técnica da SAEB.

[6] O Hospital contava na época da pesquisa com aproximadamente 135 funcionários (excluindo os médicos), divididos entre diretores, supervisores, técnicos e pessoal de apoio. Os médicos, aproximadamente vinte, eram contratados através de uma cooperativa médica. O Conselho Administrativo e o Conselho Fiscal contavam com dez conselheiros cada um.

A amostra foi construída aleatoriamente, e os formulários e entrevistas foram aplicados durante uma semana considerada como típica, com os informantes que se encontravam no Hospital e que consentiram em participar durante os quatro dias de trabalho de campo. O formulário foi escolhido como instrumento privilegiado de coleta das informações, por permitir uma sistematização mais objetiva das respostas e por não precisar de um treinamento específico para sua aplicação, o que conta para futuras auto-avaliações. Os 106 questionários aplicados foram assim distribuídos: 46 com trabalhadores de nível universitário (médicos inclusive), trabalhadores de nível técnico e de apoio; oito (8) gestores, contando o gestor máximo e os intermediários (aqueles que ocupam posições imediatamente abaixo do gestor máximo na hierarquia organizacional); nove (9) conselheiros, tanto do Conselho Administrativo quanto do Conselho Fiscal; e 43 usuários dos serviços oferecidos pelo Hospital.

ANÁLISE DO CONTEXTO INTERNO À ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE (OSS)

No período da avaliação, a OSS tinha um perfil hospitalar misto, destacando-se, além das especialidades básicas, especialidades médicas, como urologia e realização de procedimentos de média complexidade tais como ultra-sonografia, eletrocardiografia e endoscopia apenas para os pacientes internados. No entanto, este perfil de organização hospitalar não se adequava ao perfil epidemiológico da população local.

Em relação ao cumprimento do contrato de gestão com a SESAB, os dados de produção de serviços indicam que as metas definidas foram cumpridas com facilidade, mesmo com a existência de uma precária infraestrutura física e de equipamentos e com um quadro insuficiente de recursos humanos. Isto pode também significar que as metas pactuadas foram subestimadas. A título de ilustração, o Quadro 1 apresenta as metas alcançadas no último trimestre de 2001 e no segundo trimestre de 2002.

Quadro 1 - Cumprimento de metas estabelecidos no contrato de gestão entre SESAB/OSS, último trimestre de 2001 e segundo trimestre de 2002

Procedimento	Realizado no 4º trimestre/ 2001	Cumprimento da meta (%)	Realizado no 2º trimestre/ 2002	Cumprimento da meta (%)
Urgência/ Emergência	5 153	149,49	5 007	145,25
Pronto atendimento	8 703	103,50	9 142	142,66
Raios X	3 074	48,51	3 461	54,62
Exames laboratoriais	3 300	45,45	9 172	126,33
AVEIANM (atos não médicos)	13 533	138,07	17 945	183,09
Total de atendimento ambulatorial	33 763	101,53	44 727	134,50
Internações hospitalares	940	84,91	1 048	94,67
Total geral	34 703	101,00	45 775	133,22

Fonte: Relatório trimestral de atividades do contrato de gestão 2001 e 2002.

ANÁLISE DA INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE (OSS)

Através de um *check list* foi constatado que as condições de infraestrutura da OSS não são adequadas para o funcionamento e expansão requeridos pelo contrato de gestão e para atender às necessidades de serviço hospitalar da região. A programação de reforma e re-equipamento do OSS, quando da assinatura do contrato de gestão, não tinham sido operadas.

Com base em critérios adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) procedeu-se a uma avaliação parcial da infraestrutura e equipamentos do Hospital. Os conceitos adotados pelo ministério da Saúde são: excelente, ótimo, bom, regular, ruim, péssimo. As informações foram obtidas através de *check list* e de perguntas aos informantes. Os resultados obtidos demonstram que a infraestrutura é precária, existindo a necessidade de investimento em setores cruciais para assegurar a qualidade e integralidade da assistência prestada: 1) Grau de adequação de equipamentos hospitalares: regular; 2) Limpeza hospitalar: bom; 3) Patologia Clínica: regular; 4) Indicações visuais: ruim; 5) Centro Cirúrgico: ruim; 6) Almoxarifado: ruim; 7) Salas de Espera: ruim; 8) Serviço de coleta de sangue: não há.

ANÁLISE DO CONTEXTO EXTERNO QUE INTERFERE NA CAPACIDADE DE GESTÃO

A situação da OSS foi considerada pelos próprios gestores como precária pelo não cumprimento, por parte da SESAB, dos itens estabelecidos no contrato de gestão. Uma das barreiras identificadas é o repasse irregular dos recursos financeiros. Isso cria um quadro de pendências de pagamentos permanentes, que ajudam a manter um déficit de caixa. Além disso, a reforma da infraestrutura física e a compra de novos equipamentos pactuados no contrato de gestão não foram efetivadas.

A Lei nº 7.027 de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, estabelece claramente que o financiamento das atividades será feito através de subvenções sociais transferidas pelo Poder Público e por doações e rendimentos de investimentos realizados conforme o contrato de gestão. Tal fato assegura o funcionamento exclusivo do Hospital para o atendimento ao Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, estabelece uma exclusiva dependência financeira do Estado, dado que a OSS não pode captar recursos com a venda, no mercado, dos seus serviços.

Ao lado destes fatores, o processo de municipalização da saúde no município tem avançado sem que exista uma negociação pactuada entre a OSS e o gestor municipal para que se reorganizem os serviços oferecidos, de modo que o Hospital possa cumprir seu papel de referência regional. Segundo os informantes, a OSS e o Hospital Municipal possuem um perfil atual muito similar, e ao mesmo tempo a OSS não tem podido oferecer serviços considerados imprescindíveis para a região, como os de ortopedia e traumatologia.

A assunção da gestão do Hospital pela OSS lidou inicialmente com dificuldades políticas e técnico-operacionais. Tais dificuldades tiveram origem na resistência dos servidores públicos em aceitar a nova organização, o que gerou uma mobilização permanente e um movimento grevista por parte destes.

A resistência dos servidores ao repasse de serviços públicos, considerados como não exclusivos de prestação por parte do Estado, para entidades privadas foi expressiva. Apenas três servidores optaram pela licença de trabalho junto à SESAB e estavam trabalhando na OSS. Tal resistência foi atribuída pelos informantes ao receio da perda de direitos trabalhistas, assegurados pelo vínculo empregatício com o Estado e a dificuldade de obter um emprego estável, em uma região onde a taxa de desemprego é significativa.

No momento da avaliação, as dificuldades políticas foram consideradas em boa parte superadas. Alguns conselheiros identificavam que era necessário maior esclarecimento à comunidade local sobre os princípios e objetivos da organização para superar completamente as resistências e/ou desconfianças existentes contra o novo modelo de gestão implantado. Afirmavam também que há uma perspectiva de trabalho em parceria com os gestores municipais de saúde.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A partir desta seção, apresentam-se os dados coletados no trabalho de campo, bem como a análise dos resultados obtidos. Estes achados estão organizados em quatro subitens: o primeiro apresenta fatores observados pelos pesquisadores e identificados como possíveis obstáculos, a médio e longo prazo, à capacidade de gestão da OSS; o segundo apresenta os obstáculos identificados pelos atores locais; o terceiro subitem discute e analisa a matriz de indicadores utilizada no trabalho de campo – parte do estudo-piloto sobre a metodologia de avaliação do processo de gestão por organizações sociais, e o quarto subitem apresenta a análise avaliativa sobre a gestão e sobre o modelo da organização social da perspectiva interna à organização, tendo como referência as entrevistas e questionários aplicados com gestores, conselheiros e trabalhadores.

OS OBSTÁCULOS IDENTIFICADOS NO PROCESSO DE GESTÃO

O trabalho de campo permitiu a obtenção de informações (com base em entrevistas, conversas informais, análise de documentos e observações) que apontam para constrangimentos ou obstáculos ao processo de gestão. São eles:

- Elaboração do Plano de Metas e de Relatórios de Gestão por um grupo assessor externo à OSS.

- Parte da gestão de recursos humanos (contrato, elaboração de folha de pagamento, banco de dados do setor etc.) é realizada por um escritório contábil contratado para este fim.

- A interrupção do processo de capacitação dentro da implantação da Qualidade Total gerada por falta de recursos financeiros.

- A expressão da insatisfação com os salários, principalmente por parte dos trabalhadores com nível universitário, e com a inexistência de um seguro saúde subsidiado pela OSS.

Fatores desta natureza podem interferir no desenvolvimento da capacidade de gestão interna à OSS. Afetam, particularmente, a autonomia e flexibilidade de gestão, pois atuam decisivamente na esfera de decisão da OSS.

Dentre os obstáculos ao processo de gestão, citados com maior frequência nos depoimentos coletados com os gestores, destacam-se os relacionados com o repasse regular dos recursos financeiros, relativos à infraestrutura física, de equipamentos e organizacional. Tais fatos convergem com a avaliação da infraestrutura apresentada anteriormente e comprometem principalmente a capacidade da OSS em executar as decisões tomadas. Para os trabalhadores, os obstáculos mais frequentes estão relacionados com a capacidade de executar e de sustentar os resultados de gestão pela OSS. Dentre eles, assumem um mesmo peso as categorias relacionadas com o apoio técnico-político da SESAB e a política de desenvolvimento de recursos humanos da OSS, considerada precária.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA MATRIZ DE INDICADORES

A matriz de indicadores, um dos instrumentos utilizados na avaliação da capacidade de gestão da OSS é composta por 39 indicadores distribuídos nas três dimensões avaliadas: dimensão organizacional, dimensão operacional e dimensão da sustentabilidade dos resultados.

Matriz 1 - Plano de Indicadores para avaliação da capacidade de gestão de Organizações Sociais: resultados do Estudo Piloto na OSS, 2002

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtidas	Pontos Obtidos
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL				
% de atendimento pelos gestores de requisitos para exercício da função gerencial. a) Pós-graduação (lato senso) na área de administração e ou gestão (7 pontos). b) Experiência prévia em gestão igual ou superior a 2 anos (7 pontos).	Capacitação específica e experiência prévia de gestão são requisitos desejáveis para construção da legitimidade técnica e política do gestor, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	1,5 pontos a cada 25% de respostas positivas	a) 0 b) 75%	4,5
% de conselheiros eleitos conforme definição legal (12 pontos).	Maior número de cargos de representação nos Conselhos preenchidos por via eletiva, segundo a forma prevista nas normas, é condição para conferir maior legitimidade política aos órgãos colegiados, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	3,0 pontos para cada 25% de conselheiros eleitos para o cargo.	0	0
% de trabalhadores que referem conhecimento sobre existência dos conselhos (12 pontos).	Maior percentual de trabalhadores que referem conhecer a existência dos conselhos indica maior visibilidade destes, o que amplia sua legitimidade política e soma para a capacidade de decidir da Organização.	3,0 pontos para cada 25% de respostas positivas	6,5%	0

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtidas	Pontos Obtidos
% de gestores intermediários da OS que referem ter participado do processo de elaboração do plano de metas (10 pontos).	Maior percentual de gestores intermediários referindo participação na elaboração dos planos de metas indica ampliação do processo decisório, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	2,5 pontos para cada 25% de respostas positivas	28,5%	2,5
% de trabalhadores da OS que referem ter participado do processo de elaboração do plano de metas (10 pontos).	Maior percentual de trabalhadores referindo participação na elaboração do plano de metas indica ampliação do processo decisório, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	2,5 pontos a cada 25% de respostas positivas	0	0
% de gestores intermediários que referem satisfação com a incorporação de suas propostas no plano de metas (10 pontos).	Maior percentual de gestores satisfeitos com a incorporação de suas propostas no plano de metas indica a contemplação de interesses distintos no processo decisório descentralizado, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	2,5 pontos para cada 25% de respostas que indicam satisfação dos gestores	42,9%	2,5
% de conselheiros que referem receber com antecedência a pauta das reuniões dos Conselhos (10 pontos).	Maior percentual de conselheiros referindo acesso prévio à pauta de reuniões dos Conselhos indica transparência na gestão, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	2,5 pontos a cada 25% de respostas positivas	100%	10

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtidas	Pontos Obtidos
% de conselheiros satisfeitos com o cumprimento pela OS das decisões tomadas pelos Conselhos (10 pontos).	Maior percentual de conselheiros satisfeitos com o cumprimento, pelo gestor, das decisões tomadas pelos Conselhos indica a ampliação da participação no processo decisório, o que soma para a capacidade de decidir da organização.	2,5 pontos a cada 25% de respostas que indicam satisfação dos conselheiros	88,9%	7,5
% de gestores intermediários satisfeitos com a autonomia decisória do seu setor (12 pontos).	Maior percentual de gestores intermediários satisfeitos com a autonomia decisória do seu setor soma para a capacidade de decidir da organização.	3,0 pontos a cada 25% de respostas que indiquem satisfação (plenamente e parcial-mente inclusive)	85%	9,0
Subtotal				**36 pontos**

DIMENSÃO OPERACIONAL				
Indicador	**Premissas**	**Parâmetros**	**Respostas Obtidas**	**Pontos Obtidos**
Enunciação avaliativa do gestor máximo em relação às condições da infraestrutura física e de equipamentos da organização Satisfatória (3 pontos); Regular (1 ponto); Deficiente (0)	Uma enunciação avaliativa positiva (regular inclusive) do gestor máximo sobre as condições de infraestrutura e de equipamentos da organização indica condições físicas favoráveis da organização, o que soma para a capacidade de executar.	Satisfatória = 3 pontos Regular =1 Deficiente =0	Deficiente	0
Existência de melhoria das condições físicas além das previstas no contrato de gestão segundo gestor máximo: SIM = 10 pontos; NÃO = 0	Iniciativas de melhoria das condições físicas da Organização, para além daquelas previstas pelo contrato de gestão, indicam preocupação dos gestores em ampliar as condições físicas favoráveis à organização, o que soma para a capacidade de executar.	Sim=10 Não =0	Não	0
Aquisição de equipamentos além do previsto pelo contrato de gestão, segundo o gestor máximo: SIM = 10 pontos; NÃO = 0	Iniciativas de aquisição de equipamentos, para além daquelas previstas pelo contrato de gestão, indicam preocupação dos gestores em ampliar as condições físicas favoráveis à Organização, o que soma para a capacidade de executar.	Sim=10 Não=0	Sim	10
Existência de incremento na receita e redução de despesas nos últimos 12 meses, segundo gestor máximo: SIM = 05 pontos; NÃO = 0	O aumento de receitas, aliado à redução de despesas, indica uma melhor adequação orçamentária e financeira da gestão, o que soma para a capacidade de executar.	Sim=5 Não=0	Não	0

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtidas	Pontos Obtidos
Existência de reserva de contingência, segundo gestor máximo: SIM = 05 pontos; NÃO = 0	A existência de reserva de contingência (inclusive para mais de dois meses) garante a provisão de recursos financeiros para enfrentar dificuldades futuras, o que soma para a capacidade de executar.	Sim=5 Não=0	Não	0
Tempo de aplicação para a reserva de contingência superior a dois meses segundo gestor máximo: SIM = 05 pontos; NÃO = 0		Sim=5 Não=0	Não	0
Existência de outras fontes de financiamento além da fonte prevista pelo contrato de gestão, segundo gestor máximo: SIM = 05 pontos; NÃO = 0	A existência de outras fontes de financiamento, além das previstas pelo contrato de gestão, demonstra iniciativas de gestão para elevar sua receita, ampliando sua capacidade de executar.	Sim=5 Não=0	Não	0
% de gestores que referiram satisfação (razoavelmente inclusive) sobre as condições qualitativas e quantitativas do quadro de trabalhadores da Organização (3 pontos).	Enunciação avaliativa positiva dos gestores sobre a qualidade e quantidade do quadro de trabalhadores da organização indica condições favoráveis para a capacidade de executar.	0,75 pontos a cada 25,% de respostas que referem satisfação (parcialmente inclusive)	37,5 %	0,75
% gestores intermediários satisfeitos (parcialmente inclusive) com o nível de capacitação dos trabalhadores em atividade (4 pontos).	Um elevado grau de satisfação dos gestores intermediários com o nível de capacitação dos trabalhadores aponta condições favoráveis para o desenvolvimento das ações, agregando valor à capacidade de executar.	1 ponto a cada 25% de respostas referindo satisfação (parcialmente inclusive)	100%	4

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtidas	Pontos Obtidos
% de atendimento de demanda do trabalhador para sua capacitação (10 pontos).	Maior percentual de atendimento das demandas de trabalhadores por capacitação indica iniciativas da gestão em qualificar continuamente seus trabalhadores, o que agrega valor à capacidade de executar.	2,5 pontos a cada 25% de respostas positivas	60%	5
Média mensal dos dias faltosos dos trabalhadores nos últimos 12 meses. Entre 0 e 1 = 05 pontos; Maior que 1 e menor que 2 = 2 pontos; Maior que 2 = 0	Uma baixa média de absenteísmo no trabalho demonstra iniciativas da gestão no sentido de garantir o comprometimento dos trabalhadores com a organização, somando para sua capacidade de executar.	Entre 0 a 1 falta= 5 pontos Maior que 1 e menor que 2= 5 pontos; Maior que 2= 0	0,75	5
% de gestores que referem formas de sistematização e armazenamento de informações para decisão: a) integradas e informatizadas = 10 pontos; b) integradas ou informatizadas = 05 pontos)	Maior percentual de referência a formas de sistematização e armazenamento de informações integradas e informatizadas soma para a capacidade de executar.	2,5 pontos a cada 25 % de referências a formas integradas e informatizadas; 1,25 pontos a cada 25% de referencias a formas integradas ou informatizadas	28,5% de formas informatizadas	1,25
Enunciação avaliativa do gestor máximo sobre a autonomia financeira e administrativa da OS em relação ao Estado: Satisfatória = 3 pontos; Insatisfatória = 0	Enunciação avaliativa positiva do gestor máximo indica condições favoráveis para realizar ações com autonomia e flexibilidade, agregando valor à capacidade de executar.	Satisfatória = 3 Insatisfatória =0	Satisfatória	3

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtidas	Pontos Obtidos
Recursos incorporados através de parcerias externas (recursos financeiros, materiais, humanos e técnico/ científicos): 3 ou mais tipos = 10 pontos; Até 2 tipos = 05 pontos	Maior diversidade de recursos incorporados através de parceiros externos indica iniciativas da gestão para ampliar sua base política e logística, agregando valor à capacidade de executar.	Acima de 3 tipos de recursos incor-porados= 10 pontos Até 2 tipos =5 pontos	Apenas 2 tipos	0
% de gestores satisfeitos com a qualidade da informação para a decisão (4 pontos).	Maior percentual de gestores satisfeitos com a qualidade das informações indica existência de recursos estratégicos para a decisão, o que soma para a capacidade de executar.	1 ponto a cada 25% de respostas positivas	100%	4
% de gestores que consideram que as informações contemplam os requisitos de qualidade necessários para a decisão (disponibilidade, tempestividade, adequação e confiabilidade) (4 pontos).	Maior percentual de respostas referindo atendimento, pelas informações dos quatro atributos de qualidade, indica existência de recursos estratégicos para a decisão, o que soma para capacidade de executar.	1 ponto a cada 25% de respostas positivas (consideram os 4 atributos)	37,5%	1
% de conselheiros que consideram que a informação para a decisão contempla os requisitos de qualidade (disponibilidade, tempestividade, adequação e confiabilidade) (4 pontos).		1 ponto a cada 25% de respostas positivas (consideram os 4 atributos)	66,6%	2
Subtotal				**36 pontos**

DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE DOS RESULTADOS				
Indicador	**Premissas**	**Parâmetros**	**Respostas Obtidas**	**Pontos Obtidos**
% de referência pelos gestores intermediários da existência de canais institucionalizados para receber críticas e sugestões dos trabalhadores (8 pontos).	Maior porcentual de referência por parte dos gestores intermediários da existência de canais institucionalizados indica reconhecimento, por parte da gestão, dos interesses dos trabalhadores e dos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	37,5%	2
% de referência da existência pelos gestores intermediários de canais institucionalizados para receber sugestões e críticas dos usuários (8 pontos).	Maior percentual de usuários que referem receber orientação por parte da organização sobre os serviços ofertados indica preocupação da gestão com a melhor utilização dos serviços pelos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	50%	4
% de usuários que referem receber orientação por parte da organização sobre os serviços prestados (8 pontos).		2 pontos a cada 25% de respostas positivas	30,2%	2
% de referência pelos gestores intermediários da existência de mecanismos de retorno aos trabalhadores sobre a avaliação de seu desempenho (8 pontos).	Maior percentual de gestores que referem existência de mecanismos de retorno das informações aos trabalhadores indica iniciativas de gestão voltadas para o aperfeiçoamento da relação entre gestores e trabalhadores, o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	57,1	4

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtida	Pontos Obtidos
Existência de Plano de Cargos Carreira e Salários/ PCCS: Sim = 05 pontos; Não = 0	A existência de um PCCS indica iniciativas da gestão em tornar transparentes os procedimentos de admissão, promoção e demissão dos trabalhadores, o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.	Sim = 5 Não = 0	Não	0
Existência de Plano de Capacitação dos trabalhadores mantido e ajustado ao longo do tempo: Sim = 05 pontos; Não = 0.	A existência de um Plano de Capacitação indica iniciativas da gestão em qualificar continuamente seus trabalhadores, o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.	Sim = 5 Não = 0	Não	0
% de usuários satisfeitos com os serviços prestados pela Organização (8 pontos)	Maior percentual de usuários satisfeitos com os serviços ofertados indica condições favoráveis da Organização e sua condução, o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.	2 pontos a cada 25 % de respostas positivas	74,4%	4
% de trabalhadores satisfeitos com a forma como desenvolvem seu trabalho na Organização (8 pontos).	Maior percentual de trabalhadores satisfeitos com a forma como desenvolvem seu trabalho indica condições favoráveis de trabalho, o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	100%	8

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtida	Pontos Obtidos
% de gestores intermediários que referem à existência, na Organização, de estratégias implementadas de acompanhamento e avaliação de resultados (8 pontos).	Quanto mais setores da Organização referem implementar estratégias de acompanhamento e avaliação de resultados, maior a capacidade de sustentar resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	71,4%	4
% de gestores intermediários que referem utilizar os resultados do acompanhamento e avaliação para decisão (8 pontos).	Maior porcentual de gestores intermediários que referem utilizar os resultados do acompanhamento e avaliação para decisão; maior a capacidade de sustentar os resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	28,5%	2
% de parceiros da Organização que referem satisfação com a condução do gestor máximo (8 pontos).	Maior participação de parceiros que referem satisfação com a condução da Organização pelo gestor máximo indica exercício de liderança e legitimidade política deste para realizar alianças e parcerias, somando para sustentar os resultados de gestão.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	0	0
% de trabalhadores que referem conhecer os objetivos e a missão da Organização (8 pontos).	Maior percentual de respostas positivas de trabalhadores sobre o conhecimento dos objetivos e da missão da Organização indica exercício efetivo de liderança dos gestores, ampliando sua legitimidade política para decidir e somando para a capacidade de sustentar resultados de gestão da Organização.	2 pontos a cada 25% de respostas positivas	73,9%	4

Indicador	Premissas	Parâmetros	Respostas Obtida	Pontos Obtidos
% de trabalhadores que referem satisfação com a forma pela qual a Organização vem sendo conduzida pelos gestores (10 pontos).	Maior percentual de trabalhadores que referem satisfação com a forma de condução da Organização pelos gestores indica exercício de liderança e maior legitimidade política destes, o que soma para sustentar resultados de gestão da Organização.	2,5 pontos a cada 25% de respostas positivas	60%	5
Subtotal				**39**
Total				**111 pontos**

A análise objetiva da matriz de indicadores demonstra resultados abaixo da média (50%) para as três dimensões da capacidade de gestão. Isto significa que, à luz da realidade dos números, e sem as devidas e imprescindíveis ponderações que o contexto político local reclama, pode-se afirmar que a OSS experimenta um baixo desenvolvimento da sua capacidade de gestão na dimensão organizacional, dimensão operacional e dimensão da sustentabilidade dos resultados de gestão. Essa avaliação está fundamentada nos resultados encontrados e descritos sinteticamente a seguir.

A dimensão organizacional foi aferida através de nove indicadores, cujos conteúdos revelaram o formato do processo decisório através do grau de descentralização e da participação nas decisões dos atores locais. A aplicação dos indicadores permitiu mensurar o grau de reconhecimento da liderança na organização através de duas perguntas-chave: quem decide na organização, isto é, o perfil técnico e político dos gestores e conselheiros; e como decide, isto é, quais os procedimentos utilizados para ampliar a participação e tornar transparente o processo decisório na organização.

- Quanto à qualificação profissional dos gestores da OSS, este item não obteve pontuação, já que nenhum deles possui a especialização exigida como critério no indicador. Bastante expressivos, entretanto, foram os resultados alcançados em relação à experiência anterior em gestão, o que conferiu um grau parcial de legitimidade aos gestores. No que diz respeito aos conselheiros, o indicador utilizado demonstrou que lhes falta legitimidade política conferida por eleições, tendo em vista que a lei estadual estabelece esta possibilidade. Todos os conselheiros que deveriam ser eleitos foram indicados para os cargos.

- Quanto à ampliação da participação no processo decisório, os dados mostraram que esta é muito limitada. Poucos setores da organização referiram participar do processo de elaboração de planos de trabalho. Em relação aos Conselhos, os resultados demonstraram que o acesso antecipado às pautas das suas reuniões é prática comum, correspondendo a 100% das respostas obtidas junto aos conselheiros entrevistados. Outro aspecto a ser considerado é a avaliação positiva dos conselheiros quanto ao cumprimento das decisões dos Conselhos pelos gestores.

- Indicadores relacionados com a participação dos gestores intermediários no processo decisório indicam uma contradição nos resultados. Tal contradição relativa diz respeito ao fato de que os gestores intermediários estão satisfeitos com a autonomia decisória do seu setor, ao mesmo tempo em que referem um baixo índice de participação no processo decisório. Pode-se inferir que existe um processo decisório concentrado em limitados centros de decisão.

A dimensão operacional foi aferida através de 17 indicadores. Estes revelaram iniciativas voltadas para manter e mobilizar recursos adicionais que assegurem condições técnico-logísticas da organização.

- No que diz respeito às condições dos recursos de infraestrutura e de materiais, percebidas através da avaliação do gestor máximo, e da comprovação de iniciativas para adequar e mobilizar novos recursos, os

achados empíricos demonstraram condições bastante adversas, atenuadas apenas pela aquisição de alguns equipamentos pela OSS, o que não estava previsto no contrato de gestão. Uma situação ainda mais grave foi demonstrada em relação aos recursos financeiros, já que os indicadores utilizados não obtiveram pontuação. Considerando o impacto de tais recursos na capacidade de gestão, pode-se afirmar que a precária situação encontrada tende a gerar um comprometimento que pode inviabilizar a própria gestão da organização.

- Quanto à pontuação obtida pelas condições gerais dos recursos humanos na organização, dois dos indicadores obtiveram a pontuação máxima. Ressalte-se, entretanto, uma aparente contradição na avaliação dos gestores: apenas um terço destes considerou satisfatória a qualidade e quantidade do quadro funcional. Entretanto, todos referiram estar satisfeitos com o grau de capacitação dos trabalhadores. Tal contradição pode estar sendo alimentada pelo fato de que 60% das solicitações dos trabalhadores por demanda de capacitação foram atendidas, (o que guarda relação com a satisfação sobre a capacitação do quadro), ou pelo fato de que o nível de insatisfação pode estar relacionado com o grau de preenchimento do quadro funcional da Organização, ou ainda que a capacitação dos trabalhadores não atende às necessidades da Organização. O indicador referente ao absenteísmo dos trabalhadores apontou uma média reduzida, o que pode significar um grau elevado de comprometimento dos mesmos com o trabalho na OSS.

- No que diz respeito às informações para a tomada de decisão, os dados revelaram condições satisfatórias para gestores e conselheiros. Os atributos de qualidade das informações, mensurados pelas categorias tempestividade, adequação, confiabilidade e acessibilidade, foram considerados como não cumpridos pela maioria dos gestores e como cumpridos pela maioria dos conselheiros. Isto pode sinalizar para um sistema de informação razoavelmente consistente, ainda que pouco estruturado e pouco organizado internamente.

Os resultados em relação à utilização de mecanismos e estratégias voltados para a socialização das informações e para sustentar resultados de gestão indicam um baixo desempenho da Organização. Estes demonstraram uma pequena iniciativa da gestão – apenas pouco mais de um terço dos pontos – em implantar e implementar mecanismos para ouvir e orientar as demandas de trabalhadores e usuários. Também são incipientes as iniciativas quanto a uma melhor qualificação dos trabalhadores, e tais iniciativas inexistem em relação à definição de objetivos regulares de admissão, promoção e demissão dos mesmos.

- Os indicadores construídos para mensurar o grau de satisfação dos trabalhadores e usuários têm resultados distintos. Os trabalhadores expressaram satisfação quanto ao modo como desenvolvem seu trabalho na OSS, bem como com a forma de condução da Organização pelos gestores. Os usuários expressaram satisfação quando abordados sobre os serviços prestados pela OSS. Aparentemente contraditórios em relação aos resultados dos indicadores vistos anteriormente (institucionalização de canais e de procedimentos), os graus de satisfação de trabalhadores e usuários podem ser compreendidos quando analisados à luz das dificuldades impostas pelo contexto local, tanto no que diz respeito aos serviços hospitalares ofertados quanto às dificuldades de inserção dos trabalhadores no mercado local.

- Por fim, a pesquisa não identificou parceiros da OSS, com exceção apenas de um projeto que envolveu o setor pediátrico e alunos voluntários de uma Escola Técnica de Enfermagem do local, o que compromete o reconhecimento externo da liderança da gestão.

Esses resultados demonstram impedimentos que podem comprometer ainda mais uma situação já crítica da capacidade de gestão da OSS, marcada pela escassez de recursos de infraestrutura, material, financeiros e de capacidades, ratificando a avaliação que constatou uma baixa capacidade de gestão da OSS.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma síntese da avaliação da capacidade de gestão da OSS que considere os dados quantitativos obtidos através da Matriz de Indicadores e os achados qualitativos obtidos através das entrevistas e questionários revela um resultado pouco favorável. À Matriz de Indicadores foi atribuída uma pontuação máxima de 300 pontos, distribuídos uniformemente entre as três dimensões adotadas. Desse total, a OSS alcançou 111 pontos, o que significa 37% de resultado positivo. Isto não significa em si mesmo uma incapacidade, pois este resultado deve ser analisado em relação ao contexto da implantação do modelo de gestão da OS. Dentre os constrangimentos que comprometem a capacidade de gestão podem ser destacados:

- A forma como se deu a implantação da OSS/Hospital: há consenso hoje de que o processo foi realizado de forma abrupta e impositiva, sem os devidos esclarecimentos tanto aos trabalhadores quanto à população local sobre as características do modelo. Isto gerou resistências locais importantes, o que ainda hoje se refletem sobre a OSS.

- A identificação da falta de apoio técnico-político da SESAB em dar condições mínimas de funcionamento ao Hospital. Uma prova disso é a forma com que esta secretaria postergava, durante a avaliação, a inauguração de uma unidade de coleta de sangue que já contava com sua estrutura pronta – no que diz respeito a instalações e equipamentos – faltando apenas assinar o aditivo ao contrato de gestão. Outro aspecto fundamental é a irregularidade com que a SESAB cumpria com os itens acordados no contrato de gestão.

- O contexto político também contribuiu para agravar as resistências políticas iniciais. Havia uma disputa entre a prefeitura local (governada pela oposição ao governo estadual da época) e a Organização Social, em relação à prestação de serviços hospitalares, já que existe um hospital municipal de menor porte que presta serviços similares aos oferecidos pela OSS/Hospital.

- Os impedimentos legais das organizações sociais na área da saúde, na Bahia, em captar recursos financeiros adicionais àqueles previstos no contrato de gestão, exceção apenas às doações. Se for verdade que tal procedimento tem o objetivo de garantir a universalidade no atendimento à população, este, no entanto, cria constrangimentos financeiros sérios à OSS, em um contexto marcado por irregularidade no repasse dos recursos. Acrescente-se a este fato a redução das cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) repassadas pelo SUS para a OSS, em virtude da assunção, pelo município, da condição de gestão plena da saúde, conforme normativa do Ministério da Saúde. Isto implicou uma redistribuição das AIH por critérios estabelecidos pelo gestor municipal, a partir de negociação com gestores de municípios vizinhos que utilizam os serviços hospitalares no município.

A esses constrangimentos estruturais somam-se outros de caráter institucional e operacional. Em relação à dimensão organizacional, os resultados quantitativos indicaram a legitimidade parcial de gestores, a falta de legitimidade política dos conselheiros e a falta de participação dos gestores e trabalhadores na elaboração dos planos de metas. Ainda que os resultados da Matriz de Indicadores demonstrem uma capacidade organizacional baixa, os achados qualitativos, tanto no que diz respeito aos obstáculos encontrados quanto à avaliação dos atores locais, ponderam favoravelmente tais resultados.

Como exemplo de obstáculo de caráter operacional, ressalta-se a elaboração dos planos de trabalho da Organização por um grupo assessor externo, o que implica uma pequena participação de gestores e trabalhadores neste processo. Por outro lado, tal fato interfere negativamente na transparência da organização, desde quando as informações sistematizadas (planos, relatórios, banco de dados etc.) não ficam armazenadas no próprio Hospital.

Nos resultados qualitativos não aparecem enunciações avaliativas relacionadas com a dimensão organizacional. Pode-se inferir daí que gestores e trabalhadores privilegiam claramente aspectos técnico-

-operacionais em detrimento de aspectos ligados ao processo de decisão/negociação/articulação da OSS.

Em relação à dimensão operacional, os resultados quantitativos indicaram a precariedade de recursos de infraestrutura, materiais e financeiros; condições satisfatórias em relação à capacitação e comprometimento dos recursos humanos e um sistema de informação para a decisão razoavelmente consistente, ainda que pouco estruturado e organizado. Os obstáculos identificados, relativos a essa dimensão, e que podem servir para ponderar os resultados quantitativos, dizem respeito ao descumprimento do contrato de gestão por parte da SESAB nos itens referentes ao repasse regular de recursos financeiros, melhoria da infraestrutura e aquisição de equipamentos e outros materiais básicos. Quanto aos resultados qualitativos, a avaliação da gestão pelos gestores revela aspectos positivos sobre a quantidade e qualidade dos serviços, flexibilidade na gestão de recursos financeiros e autonomia de gestão de pessoal. Tais resultados qualitativos indicam que a organização tem conseguido superar, ainda que parcialmente, os limites apontados pelos resultados quantitativos da avaliação. Tal fato, ao mesmo tempo em que reforça o pleno alcance das metas estabelecidas pelo contrato de gestão, serve de alerta para a necessidade de proceder a uma análise da qualidade dos serviços prestados. Ao mesmo tempo aponta para a fragilidade quanto à sustentabilidade dos resultados de gestão em condições operacionais adversas.

Em relação à dimensão sustentabilidade dos resultados de gestão, os achados quantitativos indicam iniciativas incipientes quanto à institucionalização de canais de comunicação com usuários e trabalhadores; ausência de iniciativas na implantação de planos de cargos e salários e de capacitação; e graus elevados de satisfação tanto de usuários, no que diz respeito aos serviços prestados, quanto de trabalhadores, em relação ao desempenho do seu próprio trabalho e a condução da OSS. Nos resultados qualitativos, no entanto, a condução da organi-

zação e a inexistência de um plano de cargos e salários são avaliadas negativamente pelos trabalhadores, o que aponta para um comprometimento ainda maior desta dimensão em curto prazo. Outro obstáculo que pode também constranger a capacidade de sustentar os resultados de gestão está relacionado com a inexistência de uma política efetiva de recursos humanos identificados por gestores e trabalhadores. Para os trabalhadores, entretanto, a gestão é considerada como positiva em qualidade e em desempenho quando se refere à capacidade de liderança dos gestores.

Estes resultados comprometem, em curto prazo, a capacidade de sustentação dos resultados pela OSS. Isto porque, no caso estudado, o diferencial positivo no processo de gestão está assegurado pelas pessoas que trabalham na Organização, ao demonstrarem um claro compromisso com esta. Por sua vez, a baixa avaliação obtida nesta dimensão implica repensar que as características dos usuários da OSS (uma população com baixo poder aquisitivo e baixo grau de escolaridade) permitem inferir que estes aceitam passivamente os serviços prestados. O sistema público de saúde na região é muito frágil e os usuários, pelas constantes enunciações comparativas favoráveis ao Hospital em relação à situação encontrada no passado recente (quando o hospital era gerido diretamente pela SESAB), demonstram que estes não apenas se referem ao Hospital como se encontra hoje.

Por fim, cumpre definir que o esforço metodológico em fazer dialogar os dados quantitativos, presentes na Matriz de Indicadores, com os achados das entrevistas realizadas com os informantes teve como principal objetivo quebrar a lógica das conclusões binárias nas avaliações, que, neste caso, definiria a capacidade de gestão em termos de boa ou má, satisfatória ou insatisfatória. Longe disso, trabalhou-se com a possibilidade de avaliar os resultados em termos de quais são os constrangimentos e quais os pontos positivos identificados pela pesquisa e onde estão os pontos vulneráveis que precisam ser modificados, bem

como os pontos positivos que precisam ser potencializados. Neste sentido, constatou-se uma baixa capacidade de gestão na OSS, o que indica a presença de mais constrangimentos e obstáculos do que potencialidades favoráveis, apontando para a necessidade de correções na condução do processo de gestão, sob pena de inviabilizar a própria organização, com consequências na qualidade da assistência hospitalar prestada à população do município e de sua microrregião.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao optar por uma avaliação contextualizada da OSS busca-se não se limitar a uma imagem congelada da Organização, o que não refletiria a dinâmica processual e histórica da própria gestão. O aspecto histórico é patente nos enunciados qualitativos dos informantes, cuja análise avaliativa da gestão é positiva no tempo presente, tomando como referência o tempo passado. Já os indicadores utilizados permitiram uma avaliação da organização no tempo presente e toma como referência um modelo de organização social posta no futuro, como situação-objetivo a ser ainda alcançada.

Os resultados encontrados no teste-piloto da metodologia de avaliação da capacidade de gestão da OSS evidenciaram mais constrangimentos do que potencialidades neste processo. Apontaram também pontos vulneráveis que precisam ser modificados e pontos positivos que podem ser potencializados na gestão. Neste sentido, ao constatar na OSS uma baixa capacidade de gestão, tendo em vista a presença de mais constrangimentos do que potencialidades, a avaliação revela a necessidade de correções de rumos sob pena de inviabilizar a própria organização e comprometer seus resultados finais, ou seja, a qualidade dos serviços prestados à população.

Fazendo um paralelo sobre os resultados desta avaliação e os princípios adotados pelo modelo de gestão da OS – isto é, flexibilidade, transparência e autonomia – pode-se afirmar, tendo em vista a pontuação

obtida por cada uma das três dimensões – sempre na faixa dos 30% – que os indicadores e os achados qualitativos apontam para o comprometimento destes princípios, dado que é baixo o investimento em mecanismos que assegurem a sua consecução e efetividade, tornando frágeis os processos construídos pela gestão. Tal fragilidade exige um re-direcionamento político do processo de implantação e implementação das organizações sociais pelo estado da Bahia.

Quanto à metodologia de avaliação proposta, tanto a experiência da aplicação como a apresentação e o debate dos resultados com os gestores da organização avaliada, pôs em evidência que os indicadores e critérios de julgamento utilizados foram sensíveis às dificuldades que se encontram difusas na experiência cotidiana de fazer funcionar a Organização Social. Dito de outra forma, os resultados obtidos foram capazes de traduzir muitas facetas de um problema complexo de gestão. Por outro lado, a pesquisa mostrou que, paralelamente ao aperfeiçoamento dos indicadores e instrumentos de coleta de dados testados, faz-se importante agregar à avaliação elementos do contexto, de natureza mais qualitativa, de forma a fazer dialogar os achados com as variáveis conjunturais que se traduzem em diferenças significativas no comportamento das demais variáveis consideradas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Reforma do Aparelho de Estado no Brasil. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Organizações Sociais. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, Brasília, DF, v. 2, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços.* Brasília, DF, 1999.

DRAIBE, S. Avaliação de programas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; BRANT DE CARVALHO, M. C. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais.* São Paulo: IEE; PUC, 2001. p. 165-181.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo.* Brasília: IPEA, 1993.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Escola de Administração. Grupo de Pesquisa Instituições Políticas Subnacionais e Descentralização; BAHIA. Secretaria da Administração. Superintendência de Gestão Pública. *Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais:* uma proposta metodológica. Salvador, 2002.

Capítulo II

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA DE UNIDADES DE SAÚDE DO SUS MUNICIPAL[1]

Cristina Maria Meira de Melo
Geovana Raimunda de Santana
Heloniza Oliveira Gonçalves Costa
Handerson Silva Santos
Oswaldo Y. Tanaka
Tatiane Araújo dos Santos

INTRODUÇÃO

A chamada crise fiscal da década de 1980 e o processo de globalização colocaram para o centro dos debates políticos questionamentos sobre o papel do Estado e a ineficiência da administração pública. Tais debates, nos anos de 1990, culminaram na Reforma do Aparelho do Estado brasileiro. (BRASIL, 1995) Esta Reforma propunha um modelo dito capaz de tornar a administração pública mais eficiente, eficaz e voltada para a cidadania. Declarava como objetivo central a reconstrução do Estado, fortalecendo os serviços públicos, adaptando-os ao

[1] Pesquisa financiada pelo CNPq.

capitalismo mundial e à democracia, com foco no aspecto gerencial, visando ao maior controle nos resultados.

Vale salientar que a Reforma do Estado foi apresentada como uma oportunidade para corrigir os rumos da administração pública, não só brasileira como latino-americana, quanto à sua rigidez, conjugada com a ineficiência; ausência de mecanismos de controle externo; distanciamento e não compromisso com as demandas dos cidadãos; excessos burocráticos e uso político da máquina estatal para realizar interesses particulares. Frente ao desafio, o reconhecimento e a valorização de um espaço público não-estatal na provisão de serviços públicos ganham relevância.

Assim, a Reforma do Estado brasileiro define as atividades exclusivas e não exclusivas do Estado, com a transferência para o setor privado das atividades que poderiam ser controladas pelo mercado. Ressalta, também, o papel regulador do Estado e exige uma maior flexibilidade e descentralização administrativa, capaz de assegurar a continuidade das políticas públicas, como está inscrito no Texto Constitucional de 1988. (BRASIL, 1988)

O pressuposto da Reforma do Estado, que orienta a transferência da gestão dos serviços públicos para as organizações de natureza não-estatal, é o de que existe um espaço público não-estatal que envolve a capacidade da sociedade atuar junto com o Estado na execução de serviços públicos, sempre visando ganhos em eficiência e efetividade. (CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 1998)

Com esses propósitos, os projetos de reforma do aparelho do Estado no Brasil foram elaborados incorporando os princípios que caracterizam a administração pública gerencial, isto é, privilegiando a utilização de ferramentas gerenciais, a exemplo dos programas de qualidade, do planejamento estratégico, da reengenharia organizacional e da terceirização, modalidades advindas do setor privado inspiradas no

movimento do novo gerencialismo público, surgido na Inglaterra na década de 1980. (SOUZA, 2001)

Souza (2001) chama atenção que a Reforma da Administração Pública, ao se inspirar nas ideias do movimento de Novo Gerencialismo Público, agrega apoio à Reforma, na medida em que usa um objetivo ideologicamente neutro: tornar a administração pública mais eficiente e moderna, além de voltada para o atendimento das necessidades e satisfação plena dos cidadãos. Este é um ideal a que nenhum indivíduo, independente do partido político ou da ideologia que assuma, será contra, pois todos apoiarão mudanças que tornem os serviços públicos eficientes.

Segundo Bresser Pereira (2001), a administração pública gerencial é mais transparente, eficiente e controlável, por apresentar dispositivos de controle social. Entretanto, é importante confrontar o ideário da participação social com a realidade brasileira. Nesta, a formulação de políticas públicas ainda acontece no âmbito do núcleo estratégico do governo, restringindo às organizações sociais e entes privados, que terceirizam a gestão de serviços públicos, a autonomia decisória nas questões operacionais.

Paula (2001) traz mais um fator importante para esta discussão quando sinaliza que a transferência de instrumentos gerenciais utilizados pelo setor privado para o setor público não garante respostas às demandas dos cidadãos, uma vez que as condutas administrativas das empresas privadas são desprovidas de preocupação com o impacto social dos seus resultados. Nesse sentido, o modelo da reforma parece desconhecer que a eficiência idealizada para o setor público difere da eficiência do setor privado, pois enquanto este visa ao lucro, o setor público visa transformar as condições de vida da população.

No setor saúde, a eficiência pretendida pela reforma acentua ainda mais essa incoerência. A própria ênfase na eficiência e eficácia da administração pública, visando essencialmente à racionalização de

recursos financeiros, pode ser compreendida como contrária à Reforma Sanitária, cujos princípios visam à proteção da saúde dos cidadãos, reconhecida como direito de todos e dever do Estado.

O que se constata é que a racionalização dos recursos financeiros é primazia em relação à proteção da saúde, a exemplo das estratégias das Normas Operacionais Básicas (NOB) que incorporam as concepções economicista e tecnocrata como solução para a crise do Estado. A gestão financeira e a gestão de serviços públicos são terceirizadas quase sempre como uma tática para a redução de custos, fundamentada no aumento da eficiência e da produtividade. Esta situação é paradoxal para a saúde, uma vez que a gestão de unidades de saúde deve buscar atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Bahia, o incentivo às Organizações Sociais deu-se a partir de 1997, com a edição de uma legislação estadual que mais tarde fora alterada pela Lei nº 8.647/03, que instituiu o Programa Estadual de Organizações Sociais. (BAHIA, 2003) Já no âmbito municipal, foi elaborado um projeto de lei com o mesmo teor, porém o mesmo não foi encaminhado para aprovação no Legislativo municipal. A opção da administração municipal, no âmbito da Secretaria da Saúde, a partir de 2003, foi a de assumir a modalidade da terceirização da gestão de unidades básicas de saúde. Assim, é terceirizada a gestão de cinco unidades básicas com pronto atendimento para entidades privadas, algumas de natureza filantrópica.

A terceirização da gestão ocasionou o estabelecimento de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes contratos de trabalho entre os trabalhadores do SUS. Ainda que a VIII Conferência Municipal de Saúde de Salvador tenha aprovado a reversão deste processo, na prática, a terceirização é uma das estratégias do SUS municipal para manter o acesso a serviços de pronto atendimento nas 24 horas.

Neste contexto local, portanto, a modalidade da terceirização é o modelo de interação entre público-privado que ganha relevância.

Em se tratando da gestão de serviços públicos de saúde, através de organizações privadas, a necessidade de avaliar este processo se impõe pelo fato de, por definição, estas conformarem-se como entes jurídicos de direito privado, sem fins lucrativos, atuando no campo do interesse público com financiamento público. O ente concedente da gestão é o Estado, que permanece com a responsabilidade pela garantia dos direitos sociais básicos de acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde.

Diante dessa realidade, questionou-se: qual a capacidade de gestão de Organizações que assumem a condução de unidades básicas de saúde com pronto atendimento nas 24 horas?

Para responder a esta questão, foi preciso construir uma proposta metodológica para avaliar a capacidade de gestão das organizações privadas parceiras do SUS municipal. Tal proposta, ao mesmo tempo em que permitiu a avaliação da capacidade de gestão dessas unidades, criou ferramentas que poderão ser utilizadas pelos gestores municipais para avaliar a capacidade de gestão e, até, aferir juízo de valor ao próprio modelo de gestão.

A avaliação e o acompanhamento do desempenho da gestão pública, através destes novos parceiros instituídos pela concessão dos serviços públicos e dos contratos de gestão, devem ser vistos como importantes para subsidiar as correções necessárias na formulação das políticas governamentais e na sua implementação. E também subsidiam o aperfeiçoamento dos instrumentos jurídicos e administrativos que balizam as novas modalidades de gestão de serviços públicos, previstos pela Reforma Administrativa do Estado.

Além disso, a avaliação da capacidade de gestão municipal na saúde, âmbito no qual estão colocados os maiores desafios para a operacionalização do SUS, é imperativa para contribuir com a consolidação deste Sistema.

Assim, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a capacidade de gestão terceirizada das unidades de saúde do SUS municipal em Salvador, Bahia.

Esta avaliação incluiu: a) a análise do contexto político local; b) a elaboração de protocolo de indicadores para avaliar a capacidade de gestão das unidades de saúde terceirizadas do SUS municipal; c) a definição de parâmetros para o protocolo de indicadores com base na análise do contexto local; d) a aplicação do protocolo de indicadores em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com gestão terceirizada do SUS municipal; e) a análise dos resultados da avaliação da capacidade de gestão nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade.

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO

O conceito-guia de gestão adotado nesta avaliação assume que a capacidade de gestão de uma Organização pode ser aferida através da capacidade de formular projetos, políticas e normas legais, das suas condições técnicas e administrativas (pessoais, materiais e financeiras), que representam as condições logísticas para a execução, e da sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos através das políticas, dos planos e dos programas da Organização. (GUIMARÃES et al., 2004)

O conceito-guia parte do entendimento de que a decisão é o elemento central do processo de gestão e revela-se através de três dimensões: uma dimensão organizacional, que evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); uma dimensão operacional (capacidade de executar as decisões tomadas), que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da Organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e a dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados),

que revela como os gestores contribuem para a construção e manutenção da capacidade de sustentar os resultados de gestão.

Dessa forma, a capacidade de gestão de uma Organização não-estatal foi concebida como a faculdade desta em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos seus resultados de gestão. Este conceito foi a ferramenta teórico-analítica do modelo metodológico desenhado para aferir a capacidade de gestão de unidades de saúde terceirizadas do SUS municipal.

Esta concepção de capacidade de gestão assumida por este estudo fornece também elementos para verificar, no empírico, se tem sustentação os argumentos utilizados pelo governo federal para permitir a gestão de serviços públicos por terceiros – maior autonomia decisória destas Organizações frente aos níveis hierárquicos da estrutura burocrática da administração pública brasileira; possibilidade de um processo decisório mais rápido e mais efetivo; maior flexibilidade para romper com a rigidez da estrutura organizacional, objetivando maior interdependência e compartilhamento na autoridade e na responsabilidade. (MOTTA, 1991) Além disso, possibilita verificar também o que a Organização Social anuncia em relação à maior transparência ao instituir, na sua estrutura organizacional – apesar de não ser este um requisito exigido da terceirização da gestão por contrato de gestão ou convênio – os conselhos administrativo e fiscal, com a participação de representantes do Estado e da sociedade civil, com vistas a gerar decisões mais consensuais. O que possibilita à instituição ter canais e mecanismos que possam divulgar e socializar estas decisões para trabalhadores e usuários, contribuindo para a construção de um processo decisório mais transparente e, por consequência, sujeito a um maior controle social.

O tipo de avaliação que orienta a proposta metodológica deste estudo é o denominado de pesquisa interessada a qual, segundo Draibe (2001), tem como objetivo detectar dificuldades e obstáculos e pro-

duzir recomendações para corrigir os rumos do programa ou disseminar lições aprendidas, visando a melhoria da qualidade do processo de implementação e do desempenho do que se avalia.

O foco da avaliação é a gestão, o que implica a adoção de um tipo de avaliação de processo focada nas condições, no desenho da Organização e no modo como são desenvolvidas as ações programadas. Com isso, detectam-se os fatores que facilitam ou impedem os melhores resultados. (DRAIBE, 2001)

Este estudo assume o conceito-guia de gestão testado e validado em pesquisa anterior (GUIMARÃES et al., 2003, 2004), levando em conta os seguintes pressupostos:

- No campo da administração clássica, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência e, desta forma, toma um caráter mais operacional e instrumental, ao prevalecer o entendimento de que se trata de uma "função organizacional voltada para o comando, a coordenação, o planejamento, o controle, a orientação e a integração das ações levadas a efeito nos diversos níveis e setores incumbidos da execução dos serviços." (MATTOS, 2001, p. 45)

- No campo da administração pública, ao incorporar elementos da ciência política, o conceito contempla uma dimensão política que se traduz em aspectos menos pragmáticos e operacionais. Neste caso, privilegia-se a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das Organizações, sobretudo nas Organizações públicas.

Desta forma, a construção de um conceito-guia sobre gestão partiu, inicialmente, da discussão levantada por Matus (1993) sobre a capacidade de governar. Para este autor, esta capacidade é aferida a partir de três dimensões, interdependentes entre si, e que o autor ilustra através de uma linguagem esquemática que passou a ser conhecida como o "Triângulo de Governo" de Carlos Matus. Estas dimensões contemplam a ideia de que a capacidade de governo revela a articulação dinâmica

entre a existência de projetos de governo[2], de determinado grau de governabilidade do sistema[3] e da capacidade de governo[4], de forma a conduzi-lo aos objetivos contemplados nos projetos. Com este entendimento, Matus (1993) agrega conceitos que se situam em campos teóricos que tradicionalmente se polarizam na discussão sobre gestão: o da administração pública e o da ciência política. O modelo teórico triangular de governo privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) quanto categorias administrativas (capacidade técnica), bem como categorias políticas (governabilidade do sistema).

Tais reflexões sobre o tipo de gestão com base em Matus (1993) e no conceito-guia de gestão assumido pautam-se em três eixos estruturantes: da capacidade de decidir, da capacidade de executar o decidido e da sustentabilidade. Considerou-se que os ganhos que possam ser alcançados com a gestão devem ser sustentáveis no tempo, como forma de assegurar a continuidade dos resultados positivos obtidos e o constante aperfeiçoamento do sistema, contemplando aspectos relacionados com a institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliam e/ou consolidam apoios e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pela gestão municipal da saúde.

Assim, a dimensão relativa à capacidade de decidir deve refletir a formulação de projetos pelos gestores das unidades básicas de saúde terceirizadas, agenda e planejamento coerentes com o arcabouço normativo do SUS. A dimensão da gestão relativa à capacidade de execução aponta a capacidade da Organização em mobilizar recursos para executar as decisões tomadas. A dimensão relativa à capacidade de sus-

---

[2] Conteúdo dos projetos de ação propostos de forma a levar o sistema ao alcance de seus objetivos.

[3] A governabilidade do sistema refere-se ao conjunto de variáveis que, sendo essenciais para a efetivação do projeto de governo, estão ou não sob controle do ator responsável pela condução do projeto de governo.

[4] A capacidade de governo refere-se ao acervo de técnicas, métodos, conhecimentos, destrezas, experiências etc. do ator e equipe responsável pela condução do projeto de governo.

tentar os resultados de gestão deve revelar a existência de parcerias e alianças para manter as decisões tomadas.

Além do conceito-guia de gestão, assume-se a definição de uma imagem-objetivo que deverá ser perseguida no processo da avaliação, conforme o modelo de Guimarães e outros (2002). Esta imagem-objetivo, baseada no conceito-guia de gestão, orienta-se na seguinte direção:

A gestão das unidades de saúde avaliadas deve assumir decisões mais partilhadas, contando com trabalhadores comprometidos e com usuários envolvidos com o atendimento de suas necessidades.

Devem ter maior autonomia decisória, pois isto confere aos gestores legitimidade e confiabilidade para conduzir a Organização.

Tais elementos do processo de gestão são coerentes com o referencial do Novo Gerencialismo Público, que defende uma gestão pública eficiente, flexível e voltada para a cidadania. (GUIMARÃES et al., 2004) Ao mesmo tempo, estes elementos em nada são conflituosos com os próprios princípios do SUS.

Dessa forma, a capacidade de gestão de uma Organização pública não-estatal foi concebida como a faculdade dos seus dirigentes de decidirem com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão. Este conceito, como referido anteriormente, foi a ferramenta teórico-analítica do modelo metodológico desenhado para aferir a capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal.

CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA NA SAÚDE

Para a avaliação da gestão terceirizada em saúde, optou-se por operar estudos de casos múltiplos, de natureza quantitativa e qualitativa, em quatro unidades de saúde do sistema municipal de saúde em Salvador, Bahia. A opção por estudos múltiplos deve-se ao fato de estes permitirem a emergência de aspectos diferenciados da gestão avaliada,

sem necessariamente contemplar comparações, considerando que as unidades de saúde terceirizadas são gerenciadas por diferentes organizações privadas.

O modelo de análise está pautado nos eixos estruturais do conceito de gestão adotado pelo estudo, que orientou a definição e seleção de indicadores. Para a definição dos parâmetros para a avaliação e do modelo de análise, consideraram-se o contexto local e os princípios e diretrizes operacionais do SUS de integralidade, de controle social e de resolutividade incorporados nas dimensões da gestão. A resolutividade pode ser compreendida como a capacidade de os serviços solucionarem os problemas de saúde dos usuários de forma adequada e no local mais próximo da sua residência, assegurando o seu encaminhamento para serviços de maior complexidade quando necessário.

Ao avaliar sistemas municipais de saúde na perspectiva da integralidade, distinguem-se como componentes deste conceito a garantia da atenção em três âmbitos: o da articulação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; o da abordagem integral do indivíduo ou da sua família; e o da garantia de acesso às ações e serviços de saúde. Neste estudo, a integralidade é esperada pelo menos na garantia de acesso ao usuário que demanda os serviços e ações produzidas interna e externamente à UBS, e pelo menos na esfera do distrito sanitário.

Quanto ao controle social, este é compreendido como a possibilidade de intervenção de usuários dos serviços de saúde em distintos espaços, não se limitando aos conselhos de saúde. No caso de serviços terceirizados, além do controle que o conselho de saúde pode fazer sobre os mesmos, inclusive sobre os aspectos financeiros, estes devem organizar espaços formais que permitam a transparência nos processos de decisão e intervenção por parte dos usuários, a exemplo dos serviços de ouvidoria.

A MATRIZ DE INDICADORES

A matriz de indicadores construída consta de variáveis, indicadores, parâmetros, premissas, fontes de informação e atribuição de resultados (quantitativos ou qualitativos), buscando superar a noção de avaliação binária que permeia os modelos tradicionais de avaliação.

Os indicadores selecionados são categorizados nos seguintes tipos: de existência de uma situação, de participação, de disponibilidade de informações ou de recursos, de enunciação avaliativa, de custo, de utilização, de tipo, de informação, de conhecimento.

A partir da categorização dos indicadores, estes receberam um maior ou menor peso, sendo valorizados os que respondessem com maior sensibilidade aos princípios do SUS de resolutividade da atenção, integralidade e controle social. O valor atribuído aos indicadores foi produto de discussões entre a equipe de pesquisadores e da busca de informações na literatura balizadas pelas informações do contexto interno da UBS obtidas no estudo-piloto. Por sua vez, a opção por estas variáveis e indicadores ocorreu devido ao fato de retratarem os três eixos do conceito-guia de gestão construído no estudo de Guimarães e outros (2004).

Na matriz, os indicadores foram distribuídos entre as três dimensões do modelo lógico de avaliação adotado: a dimensão organizacional com cinco indicadores, a dimensão operacional com onze indicadores e a dimensão da sustentabilidade com nove indicadores, num total de vinte e cinco.

Visando articular as dimensões da capacidade de gestão com os princípios do SUS priorizados, define-se no Quadro 1 as variáveis e os indicadores utilizados na avaliação.

Quadro 1 - Variáveis e indicadores da matriz utilizada na avaliação da capacidade de gestão terceirizada em saúde. Salvador, 2007

DIMENSÃO DA GESTÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Organizacional	A.1 Perfil da terceirizada	A.1.1 Experiência da Organização gestora na prestação de serviços de saúde na atenção básica.
	A.2 Qualificação profissional do gestor	A.2.1 % de atendimento pelos gestores dos dois requisitos para exercício da função gerencial: 1) Existência de capacitação na área de administração e ou gestão em saúde. 2) Experiência prévia em gestão de serviço de saúde.
	A.3 Controle social	A.3.1 Existência de conselho local organizado e atuante.
	A.4 Composição e posição dos atores participantes do processo decisório	A.4.1 Participação de diferentes atores no processo decisório e sua posição nessa estrutura.
	A.5 Articulação da terceirizada com a instância gestora Distrito Sanitário (DS)	A.5.1 Existência de novo projeto/ atividade proposto e implementado pela UBS com base em problemas locais e aprovado pelo DS nos últimos 12 meses.
Operacional	B.1 Recursos operacionais	B.1.1. Disponibilidade de recurso financeiro para pronto pagamento.
	B.2 Capacidade de manutenção e reposição da infraestrutura física, de equipamentos e materiais	B.2.1 Enunciação avaliativa sobre a manutenção da infraestrutura física, de equipamentos e materiais. B.2.2 A UBS mantém um inventário atualizado com base em um perfil predeterminado dos postos de trabalho necessários.

DIMENSÃO DA GESTÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Operacional	B.3 Mecanismos e forma de capacitação dos trabalhadores	B.3.1 Existência de incentivos/ mecanismos de educação permanente para os trabalhadores. B 3.2 Existência de fonte de incentivo e participação de educação permanente.
	B.4: Custo de procedimentos	B.4.1 Custo médio por procedimentos explicitados nas metas do contrato de gestão. B.4.2 Existência de planilha de controle de custo.
	B.5 Mecanismos de referência e contrarreferência de usuários	B.5.1 Utilização de mecanismos de referência e contrarreferência. B.5.2 Agendamento assegurado intraunidade para usuário do PA.
	B.6 Acolhimento aos usuários	B.6.1 Identificação de barreiras de acesso e adoção de medidas para assegurar o acesso universal e integral.
	B.7 Gestão de pessoas	B.7.1 Tipo de contrato de trabalho.
Sustentabilidade	C.1 Canais de ausculta dos usuários	C.1.1.a Existência de canais de ausculta. C.1.1.b Existência de procura de canais pelos usuários. C.1.1.c Existência de resposta à crítica dos usuários.
	C.2 Parcerias e alianças	C.2.1 Formação de parcerias e alianças entre setores da Organização e/ou de outras organizações para garantia da atenção integral à saúde.

DIMENSÃO DA GESTÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Sustentabilidade	C.3 Difusão de informações sobre direitos e deveres dos trabalhadores e usuários da Organização	C.3.1 % de trabalhadores que referem receber informações por parte da Organização. C.3.2 % de usuários que referem receber informações por parte da Organização.
	C.4 Acompanhamento e avaliação dos resultados	C.4.1 Disponibilidade de informação para monitorar e avaliar os serviços produzidos. C.4.2 Existência e implementação de estratégias de acompanhamento e avaliação de resultados dos serviços produzidos. C.4.3 % de trabalhadores que informam receber retorno sobre a avaliação do seu desempenho.

DESENHO DA ANÁLISE

No plano de análise, foi arbitrada uma escala de proporção, estabelecendo-se que para atribuição de pontos no indicador, seria preciso um alcance de, no mínimo, 25% de respostas positivas. Utilizou-se uma escala numérica com quatro pontos de corte para indicar a frequência de determinada resposta entre um conjunto de sujeitos. Esta escala considerava os seguintes percentuais de respostas esperadas: 25%, 50%, 75% e 100%. Nesse sentido, para cada percentual foi atribuída uma escala de valores. Assim, a pontuação final foi relacionada com uma escala de cores previamente estabelecida pelos pesquisadores.

Nesse aspecto, esta escala de cores baseava-se em quatro tons:

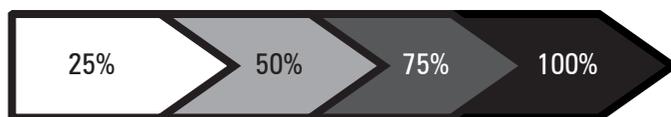
- Branca: corresponde ao alcance de, no mínimo, 25% do total de respostas obtidas e indica situação de perigo, de fragilidade da capacidade de gestão, sinalizando que esses indicadores precisam ser priorizados.

- Cinza: corresponde ao alcance de, no mínimo, 50% do total de respostas e indica situação de cuidado, de constrangimento da capacidade de gestão, demonstrando os indicadores que precisam melhorar.

- Grafite: corresponde ao alcance de, no mínimo, 75% do total de respostas e indica situação intermediária entre o preto e o cinza, significando uma situação de alerta, de viabilidade da capacidade de gestão, demonstrando os indicadores que obtiveram avanços, entretanto precisam ser aperfeiçoados.

- Preta: corresponde ao alcance de 76% até 100% do total de respostas e indica uma situação ótima da capacidade de gestão, representando os indicadores que estão de acordo com a imagem objetivo construída.

Nesse aspecto, para os indicadores que expressavam fenômenos relevantes para a gestão terceirizada, foi considerado que, para alcançar a pontuação máxima, o total de respostas deveria ser positivo; foi o caso dos indicadores dicotômicos (sim e não). Entretanto, para outros indicadores, considerou-se a divisão dos pontos em 25%, 50% e 75% de respostas positivas; logo, um percentual de respostas abaixo de 100% era também relevante. Nesse sentido, para cada percentual foi arbitrada uma escala de pontos. Assim, a situação ideal seria representada pelo alcance do máximo de pontuação possível para cada um dos indicadores. E o inverso desta situação seria representado pela inexistência de pontuação em qualquer dos indicadores considerados. Posteriormente, a pontuação alcançada por cada indicador foi comparada com uma escala de gradação de cores para verificar a coloração que representava cada um dos indicadores (Figura 1).

Figura 1- Escala de gradação de cores

Já a análise dos indicadores qualitativos foi realizada através da correlação do resultado obtido por cada indicador com a sua respectiva premissa e parâmetro. A cada resultado, também foi atribuída uma cor. Os resultados finais são apresentados por dimensão, considerando a cor predominante obtida relacionada aos resultados dos indicadores. A atribuição de cores aos resultados tenta romper com os resultados binários das avaliações tradicionais, reforçado pela atribuição de valor numérico ao indicador, interpretado como nota e consequentemente como uma avaliação boa ou ruim.

Destaca-se que o uso da escala de gradação de cores traz um viés que precisa ser considerado, ou seja, o indicador que atinge de 76% a 100% de respostas positivas é representado pela cor preta. Entretanto, existe uma diferença nesse intervalo que não é visualizada quando o representamos apenas por uma cor. Talvez fosse o caso de utilizarmos nuances de uma mesma cor para representar os intervalos da escala numérica, como constatado por Barreto (2007). Deste modo, este estudo indica a necessidade de aperfeiçoamento do plano de análise desse modelo de avaliação.

Vale salientar que o modelo metodológico adotado tem por finalidade avaliar os fatores que facilitam e/ou dificultam a gestão terceirizada, para a sugestão de correções dos possíveis constrangimentos ou de fortalecimento dos possíveis acertos. Visto que o foco da avaliação assumida neste estudo é a gestão como processo, não se adota um resultado conclusivo, mas sim um momento específico do processo de gestão terceirizada das unidades básicas de saúde. Desta maneira, os gestores poderão utilizar o resultado da avaliação como ferramenta para o planejamento de ações e não como um julgamento do que foi ou não feito.

O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO NO SUS MUNICIPAL EM SALVADOR

Para compreender o contexto da implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador, entre os anos de 2000 a 2004, além dos dados obtidos através das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, foram consultadas as matérias dos jornais de grande circulação local, bem como os trabalhos de autores como Fernandes (2004, 2005), Silva e Alcântara (2005) e Milani (2006). A análise desses dados realizou-se por um critério intencional de abordagem temática com base nos aspectos econômico, técnico e político que induziram à terceirização.

Os dados encontrados permitem asseverar que o alinhamento da esfera de poder municipal e estadual contribuiu para a aproximação do município ao sistema político-econômico neoliberal, dado que a modernização administrativa no âmbito da administração pública municipal, com ênfase na terceirização da saúde, tem início no final da primeira gestão do governo Imbassahy (1997-2000), paralela à adoção da mesma política no âmbito estadual.

Isto fica evidente com a justificativa dada pelo prefeito e pela Secretaria da Saúde para implementação das mudanças estruturais no aparelho executivo municipal – necessidade de corte de gastos e a opção pela terceirização era uma busca de aumento da eficiência em decorrência da falência do setor público. Tais posicionamentos e discursos são comuns aos adeptos da política neoliberal.

Nesse período, a política de saúde do governo estadual caracterizava-se pela adoção de formas terceirizadas de gestão e da contratação de trabalhadores. Em 2000, mais de doze unidades hospitalares estaduais já estavam sob o controle de empresas privadas e 57% dos internamentos do SUS, no estado, eram realizados na rede privada.

O que se constata é que a terceirização é uma modalidade de gestão dos serviços públicos aderente ao sistema político-econômico neoliberal e para a saúde, como vêm debatendo vários autores – dentre

eles Rizzotto (2000), Gouveia e Palma (1999) e Suarez (2005) – significa um modelo de gestão que se contrapõe ao modelo da vigilância à saúde, na medida em que a primazia é a adoção das leis de mercado em detrimento, principalmente, da integralidade da atenção, pela fragmentação do sistema e uma política de pessoal não compatível com a demandada pelo SUS.

A terceirização da gestão ocasionou também o estabelecimento de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes vínculos e formas de contrato de trabalho no SUS. Além disso, a flexibilidade nas relações de trabalho, introduzidas com o processo de terceirização, induzem formas precárias de contratação através de cooperativas, via contratos temporários ou de prestação de serviços, o que fez surgir empresas interpostas para contratação de mão de obra.

Do ponto de vista jurídico, a terceirização da saúde em Salvador implanta-se de modo ilegal em relação à contratação de pessoal, uma vez que lançou mão de empresas privadas para a contratação de pessoal. Tal artifício vai de encontro ao que está posto no enunciado nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho: "a contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, devendo o vínculo ser formado diretamente com o tomador do serviço." (BRASIL, 2003, p. 2)

O caráter de contratação dessas empresas também extrapola o que reza a legislação das licitações (Lei nº 8.666/93) e seu complemento (Lei nº 8.883/94), uma vez que tais legislações admitem a terceirização apenas das chamadas atividades-meio. (BRASIL, 1993, 1994) Reforça-se esta interpretação com o que diz a Constituição Federal em seu artigo 199, quando permite a participação de terceiros na prestação de serviços de saúde de forma complementar, porém afastando a possibilidade de execução de contratos em que o cerne seja o próprio serviço de saúde, incluída a terceirização de sua gestão. (BRASIL, 1988)

Mais grave ainda foi a forma, considerada abusiva, usada pela SMS para a contratação das empresas ou mesmo dos profissionais e

trabalhadores, dado que a prática corriqueira para a contratação das empresas era por meio da dispensa de licitação, concedida pela procuradoria municipal diante do uso de artifícios de decretos emergenciais.

Os impactos da terceirização e das relações precárias de trabalho foram sentidos no SUS municipal. Durante a coleta de dados da pesquisa, constatou-se que havia um sentimento de insegurança e de ausência de vínculo dos trabalhadores em relação ao seu trabalho. Mais grave ainda é a desorganização dos serviços de saúde gerada pela alta rotatividade dos profissionais nas unidades básicas de saúde, acarretando em uma descontinuidade da assistência e evasão dos usuários dos programas.

No entanto, a única dificuldade encontrada pela gestão da SMS para implantar a terceirização na saúde municipal foi o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os registros das atas das reuniões do Conselho revelam a oposição que esta instância fazia à terceirização. Isso resultou na cassação de seus membros e na substituição por conselheiros que fossem favoráveis ao novo modelo de gestão de saúde adotado pela SMS.

Assim, o fato político que facilitou a implantação da terceirização no SUS municipal foi a aprovação na Câmara Municipal de Vereadores do Projeto de Lei nº 180/00 que reformula o regimento do CMS (SALVADOR, 2000a), regulamentado pela Lei nº 5.845/2000 do executivo municipal. (SALVADOR, 2000b) Tal reformulação contou com o apoio da bancada de vereadores ligados ao Prefeito.

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria da Saúde, durante o período analisado, permite afirmar que as gestões municipais da saúde preocupavam-se em seguir as ordens do executivo municipal, mesmo que estas fossem à revelia da Constituição, desobedecendo a Lei nº 8.142/90. (BRASIL, 1990) Além disso, mostrou-se uma relação excludente por parte da SMS quanto ao acesso por parte dos conselheiros às informações, além de dar pouco apoio ao mecanismo de controle social.

Portanto, no âmbito político, a estratégia do governo municipal para assegurar a adoção da nova modalidade de gestão foi a de excluir o Conselho Municipal de Saúde de debates em relação à terceirização.

Algo que deve ser levado em consideração, após a reestruturação do Conselho, é a ausência de proposições por parte dos conselheiros. Há apenas indicações no plano da ausência de medicações e ou procedimentos em determinadas unidades de saúde, além das recorrentes lembranças à Secretária da Saúde de que o município precisava ser habilitado na gestão plena.

Assim, a práxis do CMS era a de referendar as ações da SMS, o que indica o quão restrita foi a atuação do CMS em relação ao processo de descentralização e de terceirização da saúde em Salvador. Em nenhum momento, durante a leitura das atas das reuniões do Conselho, observa-se algum tipo de discussão ou deliberação daquela instância sobre o tema da terceirização. Uma única vez em que a SMS foi questionada por um representante dos usuários, se os convênios que a Secretaria estabelecia com as empresas privadas não se constituiriam em gestão terceirizada da saúde, a secretária responde "não ser terceirização e sim uma co-gestão, muito diferente do que era feito pela SESAB." (Ata da 195° reunião do CMS, em 19 de dezembro de 2001)

O ESTUDO DE CASO 1: O CASO PILOTO

Para a seleção do estudo de caso-piloto, estabeleceu-se como critério ser esta a primeira UBS com pronto atendimento que teve a sua gestão terceirizada, ainda na administração Antonio Imbassahy (2001-2004). Esta UBS é gerida por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), uma instituição filantrópica fundada no ano de 1949. Os serviços prestados por esta Organização são exclusivamente financiados pelo SUS.

Com os indicadores elaborados, foi possível apreender as características e o processo de gestão da unidade para avaliar a capacidade de gestão da terceirizada, como apresentado a seguir:

Dimensão Organizacional

A referida OSCIP possui experiência na gestão e prestação de serviços de saúde no âmbito ambulatorial e hospitalar. Em junho de 2005, assume o desafio de administrar duas UBS no município de Salvador, respondendo a um dos seus objetivos de descentralizar a assistência e estar mais próxima da comunidade, ainda que não acumulasse experiência prévia na prestação de serviços de atenção básica no campo da saúde coletiva.

A gestão do Caso 1 segue a mesma linha de comando da Organização. Há um líder principal (gerente administrativo) e outras lideranças para cada setor/serviço. O líder principal relaciona-se diretamente com a gestão operacional da Organização e também reporta-se à SMS. A instância da SMS que formalmente mantém contato com a liderança da UBS é o Distrito Sanitário.

O Contrato de Gestão com a OSCIP (SALVADOR, 2005a), cujo padrão do conteúdo é mantido para todos os casos avaliados, especifica o objeto do contrato, vigência, remuneração, obrigações da contratada e da contratante, penalidades, listagem dos equipamentos, metas de serviços, quantitativo de pessoal, planilha de atividades e planilha de preços.

De início, o contrato em si traz algumas contradições. Dentre elas, a obrigação da contratada de assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS e das normas complementares do estado e do município, mas o compromisso assumido nas metas é o de produção de serviços apenas – consultas médicas, consultas médicas com observação 24 horas, procedimentos de ortopedia, consultas de urgência e emergência, consulta e atendimento de enfermeiro, exames laboratoriais de patologia clínica entre outros. A integralidade da atenção parece reduzir-se à obrigação da contratada em articular, com unidades hospitalares e

unidade de apoio diagnóstico e terapêutico, a transferência de pacientes em serviço de transporte devidamente regulamentado.

Em síntese, na avaliação do Caso 1, o modelo de gestão adotado pela Organização na UBS revela que, mesmo sem regras ou normas estabelecidas formalmente, o processo decisório é parcialmente participativo, pois envolve, além do gestor máximo, os gestores intermediários no compartilhamento das decisões, mas não os trabalhadores e usuários. Este resultado indica alguma flexibilidade da gestão, que se constitui como uma das características do conceito de gestão terceirizada adotado neste estudo. A existência de linhas de comando que revelam um processo decisório horizontal indica a sustentabilidade, credibilidade e legitimidade da capacidade de gestão da Organização, o que é parcialmente identificado na UBS.

Dimensão Operacional

Na dimensão operacional, a UBS obtém resultados na cor preta para os indicadores relacionados com a existência de ampliação dos recursos operacionais para além do estabelecido no contrato de gestão e por existir reserva de contingência para pequenas despesas, que pode ser gerido com autonomia pelo gestor máximo. Tal resultado fortalece a capacidade de gestão para operar as condições logísticas e técnicas na UBS. Mas é apenas nesses dois indicadores que a UBS obtém resultados positivos.

Dimensão da Sustentabilidade

Na dimensão da sustentabilidade, a maior parte dos resultados indica situação de fragilidade da capacidade de gestão. No entanto, o único indicador que obtém avaliação positiva é a existência de canais que ausculte, procure e responda a crítica dos trabalhadores. O mesmo não acontece em relação aos usuários, quando 85,2% afirmam não conhecer a ouvidoria ou qualquer outro mecanismo desta natureza.

Um dos indicadores avaliados nessa dimensão é a existência de parcerias e alianças, dado que isto amplia a legitimidade da gestão na execução dos serviços, o que favorece a sustentabilidade da gestão. A UBS avaliada mantém parceria com a própria Organização gestora do contrato de gestão, o que facilita a sustentação da atenção prestada aos usuários, mas não responde aos problemas de saúde da população local.

A Capacidade de Gestão da UBS e os Princípios do SUS

O resultado final da avaliação da capacidade de gestão terceirizada da UBS demonstra um cenário que compromete a continuidade da oferta das ações e serviços de saúde.

Nesta avaliação preliminar, a capacidade de gestão da UBS revela-se numa situação ótima apenas em poucos indicadores, a maioria na dimensão operacional. No entanto, esta situação foi identificada devido, em grande parte, à parceria nata com a Organização gestora do contrato, que, ao ser proprietária de outros serviços de saúde, incluindo um hospital de grande porte, permite a manutenção da prestação dos serviços e ações. Por conta disto, a UBS obtém uma capacidade de manejo de recursos operacionais não previstos no contrato de gestão, mas disponíveis mesmo quando a SMS não assegura tempestivamente o repasse dos recursos, inclusive financeiros.

Contudo, as fragilidades reveladas nas dimensões organizacional e principalmente na dimensão da sustentabilidade comprometem os resultados positivos obtidos na dimensão operacional em longo prazo, pois indicam que princípios do SUS não são assegurados ou que não é assegurado suficientemente, como o controle social. Além disso, para que a capacidade de gestão seja plena, é necessário um equilíbrio entre as dimensões, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico.

Quanto ao financiamento das ações e serviços de saúde, o repasse de recursos financeiros da SMS para com a Organização responsável pela gestão da unidade básica avaliada é irregular, conforme as informações obtidas nas entrevistas, o que interfere na capacidade de gestão.

Ao relacionarmos os resultados obtidos nas dimensões com os princípios do SUS assumidos nesta pesquisa, constatamos que o único princípio que é parcialmente observado é o da resolutividade. O atendimento oferecido aos usuários da UBS consegue ser resolutivo para uma demanda aberta e quase sempre espontânea, mas não é integral, pois não é assegurado, por exemplo, a referência e contrarreferência para outros âmbitos de atenção, a não ser dos usuários do pronto-atendimento, e, mesmo assim, parcialmente.

O atendimento do princípio do SUS em relação ao controle social da gestão é incipiente, dado que o conselho local ainda não está implantado. No entanto, destaca-se o perfil flexível do gestor máximo da UBS, que, segundo suas próprias palavras, "adota um processo decisório compartilhado por que este [...] é o meu perfil profissional. [...] Esse já é o perfil que eu trago, independente da Organização".

Assim, o resultado desta avaliação tem o propósito de apontar os elementos fortes e frágeis da capacidade de gestão, para que os gestores possam redirecionar suas decisões em busca de um processo de gestão que apóie a implementação do SUS.

A expressão na escala de cores dos resultados da avaliação do caso 1 está apresentada a seguir:

Figura 2 - Escala de cores do caso 1

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Entre 75 e 100%
OPERACIONAL	Mínimo de 75%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

ESTUDO DE CASO 2

A Organização responsável pelo contrato de gestão com a UBS avaliada é a mesma do caso 1. Em julho de 2005, a Organização firma parceria com a SMS, na primeira administração do prefeito João Henrique Carneiro (2005/2008) e passa a gerir a prestação de serviços de saúde na área da atenção básica e de urgência e emergência na UBS. (SALVADOR, 2005b)

A unidade de saúde foi reformada e ampliada com a construção do ambulatório de pronto atendimento e mais dois pavimentos, em março de 2003.

Dimensão Organizacional

Por se tratar da mesma OSCIP do Caso 1, fez-se o mesmo registro a respeito da experiência da Organização gestora da UBS na área de saúde coletiva, isto é, a contratada não tem esta experiência, o que compromete a qualidade da atenção neste campo, bem como o cumprimento dos princípios do SUS, sobretudo a atenção integral ao usuário.

Outro ponto, também apontado no Caso 1, é que o próprio contrato de gestão induz a prestação de serviços que atendem apenas à demanda espontânea, não sendo capaz de organizar uma atenção que possa intervir sobre problemas e necessidades de saúde da população, como formulado no modelo assistencial do SUS. Assim, o foco da atuação da Organização no campo da saúde é na atenção curativa, em que tanto o contrato de gestão quanto os relatórios revelam uma condução e organização voltadas para os atendimentos de urgência e emergência. Agrega-se a isso o fato de que a maioria dos trabalhadores da unidade tem experiência anterior na área hospitalar. Isso pode ser evidenciado no depoimento a seguir, quando um dos gestores revela que a seleção de trabalhadores para a UBS é feita através de banco de dados existente no hospital de propriedade da Organização.

> Eu tenho um banco de dados do hospital, certo? Tem um banco de dados já acumulado de currículos que chegam até a gente, né, e eu gosto muito de mesclar as coisas em relação. Então, a depender da função, por exemplo, eu sei que S. tem algumas referências na área de enfermagem, conhece o pessoal da faculdade. Então, a opinião dela, uma indicação dela também tem um peso. É claro que é feita a entrevista. Todos os candidatos são submetidos aos protocolos do RH do hospital, aí a gente faz a contratação. (Gestor máximo da UBS)

Já a condução do processo de gestão adotado na UBS indica que o processo decisório é pouco participativo, pois envolve apenas o gestor máximo e os gestores intermediários que são os atores que já têm uma posição reconhecida na estrutura decisória, como definido no organograma da UBS que acompanha a mesma estrutura da Organização gestora.

Constata-se também que na UBS o compartilhamento de poder é restrito, uma vez que os trabalhadores não participam do processo decisório, limitando-se a serem executores das metas pactuadas no contrato de gestão entre a Organização gestora e a SMS.

De acordo com a escala de gradação de cores utilizada, observa-se a prevalência da cor branca na dimensão organizacional, o que indica fragilidade da capacidade de gestão. Dentre os cinco indicadores utilizados, um não obteve pontuação, três obtiveram a cor branca e um a preta, o que indica a necessidade da UBS de intervir nas situações apontadas pelos indicadores que obtiveram a cor branca e naquele que não obteve pontuação, buscando elucidar quais os fatores internos e externos à Unidade que podem estar interferindo na capacidade de gestão.

Dimensão Operacional

A dimensão operacional foi a que registrou um maior número de indicadores representados pela cor preta na matriz de resultados, o que sinaliza uma situação ótima da capacidade de gestão, indicando que a UBS encontra-se mais estruturada nesta dimensão.

Um aspecto favorável aos resultados obtidos nesta dimensão é o fato de a contratação dos trabalhadores da Unidade ser regida pela CLT, o que evita parcialmente a rotatividade dos trabalhadores e também facilita a substituição imediata de profissionais, principalmente médicos. No entanto, apesar da autonomia da Unidade para a seleção e contratação de trabalhadores, observa-se que não se considera na seleção dos profissionais um perfil com qualificação e experiência para atuar no âmbito da atenção básica, fator que pode estar relacionado à ausência de habilitação prévia da Organização gestora do contrato na prestação de serviços de atenção básica. Este fato aponta para a possibilidade de que os serviços prestados se limitem a uma lógica de pronto-atendimento, sem continuidade e sem foco nos problemas prioritários da população local, o que pode ser observado durante a avaliação.

Em relação ao financiamento das ações e serviços de saúde, o repasse de recursos financeiros definidos no contrato de gestão pela SMS para a Organização gestora da UBS aconteceu de forma intempestiva no período avaliado, segundo informações obtidas nas entrevistas. Entretanto, apesar da intempestividade do financiamento, a continuidade da oferta de serviços na UBS avaliada não é totalmente comprometida, porque a mesma dispõe do suporte de um fundo fixo assegurado pela Organização gestora do contrato para as situações contingenciais.

Entretanto, observa-se que alguns dos indicadores, que respondem especificamente aos princípios do SUS priorizados nesta avaliação, não obtiveram pontuação. Isto demonstra que, apesar da autonomia da UBS para contratar trabalhadores e para dispor de recurso financeiro para pronto-pagamento, esta não assegura aos usuários o acesso integral às ações e serviços de saúde, visto que o mecanismo de referência e contrarreferência não é formal.

Dimensão da Sustentabilidade

A dimensão da sustentabilidade, de acordo com a classificação adotada, foi a que alternou entre indicadores representados pela cor branca, representando situação de fragilidade, e indicadores que não pontuaram, demonstrando que os gestores da UBS precisam direcionar sua atenção prioritariamente para os resultados revelados nesta dimensão, antes mesmo dos indicadores da dimensão organizacional. Os indicadores revelam que não há investimento nos trabalhadores e nem articulação mínima na manutenção dos aspectos positivos obtidos nas outras dimensões avaliadas. Por ser a dimensão da sustentabilidade a que aponta para os resultados com forte caráter político da capacidade de gestão, estes indicam que, em curto prazo, todos os demais aspectos favoráveis obtidos podem ser comprometidos, afetando drasticamente a capacidade de gestão da UBS.

No que diz respeito à existência de parcerias e alianças, constatou-se a inexistência de parceria entre a UBS e outras unidades de saúde, o que revela um comprometimento em garantir a atenção integral à saúde. A parceria desenvolvida entre a unidade avaliada e a Organização gestora lhe confere apenas a sustentação da assistência aos usuários, não assegurando o acesso integral às ações e serviços de saúde.

Nesta direção, os discursos dos gestores apontam para a existência de parceira da UBS com a própria unidade gestora. Esta parceria visa à solução de problemas na assistência aos usuários, como a capacitação de trabalhadores na área hospitalar, no fornecimento de dietas aos usuários do PA que permanecem em observação, o que não foi previsto no contrato de gestão, empréstimos emergenciais de materiais e equipamentos, bem como da compra de insumos, além do encaminhamento de pacientes, entre outros. Mais que uma parceria, estes mecanismos revelam que a Organização gestora suporta a gestão da UBS através de estratégias institucionais, o que não pode ser considerado como a construção de parcerias e alianças para a manutenção dos resultados da gestão.

Considera-se que esta articulação intra-organizacional tem facilitado a sustentação da atenção prestada aos usuários, mas não responde aos problemas da manutenção do próprio contrato de gestão. É importante salientar que não foram identificadas parcerias com outras Organizações, ainda que muitos depoimentos façam referências de parcerias com a SMS e com o próprio Distrito Sanitário, que são parceiras institucionais, dado que mesmo terceirizada, a responsabilidade final pela gestão da UBS e pelo cumprimento do contrato de gestão continua sendo da SMS.

A Capacidade de Gestão da UBS e os Princípios do SUS

A capacidade de gestão se expressa em um contexto político, social e econômico, e, desta forma, reflete as variações deste meio. Por isso, na leitura dos resultados encontrados deve ser levado em consideração o período do estudo, quando o cenário político-administrativo da Prefeitura Municipal de Salvador se mostrava instável, em decorrência de vários fatores na condução da administração, em particular da saúde, com mudanças de gestores intermediários do âmbito central da SMS e do próprio gestor máximo. A descontinuidade no processo de gestão da SMS afeta a gestão da rede de serviços, o que inclui a UBS terceirizada.

Nesse contexto, o resultado da avaliação da capacidade de gestão terceirizada da UBS não aponta em direção ao pressuposto assumido no estudo, que se fundamenta na assertiva de que a gestão terceirizada da unidade básica de saúde do SUS municipal, por ter autonomia decisória e ser orientada pela flexibilidade gerencial, por poder usar de mecanismos de divulgação e difusão de informações para a ausculta de trabalhadores e usuários, é capaz de responder às necessidades e demandas do cidadão. Ao contrário, os resultados indicam uma capacidade frágil de gestão, que não atende nem aos princípios do SUS selecionados para este estudo – integralidade, controle social e resoluti-

vidade – nem tampouco aos princípios do novo gerencialismo público, que norteiam a opção política pela terceirização da gestão de serviços públicos pelo setor privado.

O que se constatou foi a inexistência de mecanismos de referência e contrarreferência internos e externos à UBS, bem como o baixo grau de atuação do Conselho Local de Saúde no planejamento das ações e serviços de saúde ofertados, fato esse associado ao caráter incipiente do mesmo, dado que durante a avaliação o Conselho estava em processo de implantação. Portanto, o não cumprimento destes princípios compromete a capacidade de gestão da UBS em dar solução aos problemas de saúde dos seus usuários.

Assim, dentre os resultados da avaliação, destaca-se que a autonomia decisória conferida pelo gestor do SUS municipal à UBS avaliada, através do contrato de gestão, não a torna capaz de responder às necessidades da comunidade local, principalmente na prestação de serviços na área da atenção básica. Isto é demonstrado através da subutilização dos mecanismos de ausculta dos usuários, da barreira de acesso aos serviços na atenção básica – o que é exemplificado através da distância entre a marcação da primeira consulta e a data de atendimento, também influenciado pela demanda elevada por atendimento na UBS – e devido à ausência de uma rede de serviço atuante no distrito sanitário onde esta se encontra.

A avaliação da capacidade de gestão da UBS revela-se numa situação boa na dimensão operacional, visto que foi a dimensão que obteve os melhores resultados no conjunto de indicadores utilizados, com uma classificação final como ótima. No entanto, esta situação foi obtida devido à parceria com a Organização gestora do contrato, que, ao ser proprietária de outros serviços de saúde, incluindo um hospital de grande porte, permite a manutenção da prestação dos serviços e ações, mesmo quando as condições do contrato de gestão não são mantidas. Por conta disto, a UBS obtém uma capacidade de manejo de

recursos operacionais não previstos no contrato de gestão, mas disponíveis mesmo quando a SMS não assegura tempestivamente o repasse dos recursos, inclusive financeiros, e o cumprimento de outros encargos estabelecidos no contrato, como a manutenção de equipamentos.

Contudo, as fragilidades reveladas nas dimensões organizacional e da sustentabilidade comprometem a manutenção da dimensão operacional em longo prazo, pois indicam que os princípios da integralidade e da transparência não são assegurados plenamente. Os mecanismos de controle social são incipientes e com um caráter limitado de escuta das necessidades da comunidade local, uma vez que não foram identificadas intervenções planejadas para o enfrentamento das necessidades de saúde da população local.

Quanto aos resultados obtidos na dimensão da sustentabilidade, chama atenção que esta foi a dimensão na qual a maioria (nove) dos indicadores não obtiveram pontuação ou estão em condição de fragilidade, o que demonstra o comprometimento da gestão da UBS em assegurar a oferta de ações e serviços de saúde em longo prazo ou assegurá-los com o mínimo de qualidade.

Vale salientar que os resultados positivos da gestão são artificialmente assegurados pelas condições operacionais da Organização gestora do contrato, e não pelas condições de gestão da UBS ou pelas condições estabelecidas no contrato de gestão. Nessa perspectiva, ressalta-se que o contrato de gestão firmado entre a SMS e a Organização gestora da UBS não permite o acompanhamento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados. O contrato de gestão permite apenas a verificação de indicadores numéricos, que não são direcionados para o monitoramento das atividades no campo da promoção e prevenção da saúde, mas predominantemente para o campo dos serviços de urgência do pronto-atendimento, fortalecendo assim a fragmentação da prestação de serviços na UBS avaliada. Notadamente, este fato é reforçado pela fragilidade do papel do preposto da SMS na UBS, que não

desenvolve a sua função como regulado no contrato de gestão, ou seja, como fiscal da SMS na execução dos serviços na unidade avaliada, reportando-se aos gestores da Secretaria e ao gestor máximo da UBS para notificar as irregularidades ou falhas observadas. Então, desta maneira, o contratante estaria desenvolvendo uma avaliação de desempenho da unidade contratada e posicionando-se como cogestor destes serviços.

Ao relacionarmos os resultados obtidos nas dimensões da gestão com os princípios do SUS assumidos nesta pesquisa, constatamos que o único princípio que é parcialmente observado é o da resolutividade. O atendimento oferecido aos usuários da UBS consegue ser resolutivo para uma demanda aberta, mas não é integral, pois não é assegurado, por exemplo, a referência e contrarreferência para outros âmbitos de atenção, a não ser dos usuários do pronto-atendimento para serviços ambulatoriais da Unidade e, mesmo assim, pontualmente.

Nesse contexto, ainda que a dimensão operacional seja composta por um maior número (três) de indicadores que estejam numa situação ótima da capacidade de gestão, percebe-se que estes não são capazes de, isoladamente das outras dimensões, sustentar os resultados positivos de gestão obtidos pela UBS.

Assim, a avaliação na UBS indica que, mesmo com a autonomia do gestor máximo para gerenciar os equipamentos e materiais, além da contratação de trabalhadores, e da tentativa de incorporar práticas mais democráticas que possibilitem a participação dos trabalhadores e usuários no planejamento das ações e serviços prestados, a gestão ainda não revela uma capacidade que possa contribuir para o impacto na situação de saúde da população. Nesse sentido, observa-se que sua capacidade resolutiva é maior para a demanda aberta no âmbito da atenção curativa, com foco para os atendimentos de urgência. Assim, a gestão na unidade avaliada demonstra a existência da fragmentação da prestação de serviços, dificultando a construção de uma prática de gestão direcionada para o cumprimento dos princípios do SUS.

Em síntese, os resultados da avaliação do caso 2 revelam-se, graficamente, abaixo:

Figura 3 - Escala de cores do caso 2

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Mínimo de 25%
OPERACIONAL	Entre 75 e 100%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

ESTUDO DE CASO 3

A Organização responsável pelo contrato de gestão do estudo de caso 3 foi criada em 1988. É uma fundação filantrópica, sem fins lucrativos, de natureza científico-cultural, composta por seis unidades, um deles um hospital. Emprega cerca de 3.000 colaboradores e as suas atividades filantrópicas estão direcionadas principalmente para o combate à tuberculose.

A UBS é um antigo centro de saúde da rede pública estadual repassado para a gestão municipal. Com localização privilegiada, encontra-se em um ponto de confluência de transporte coletivo que articula toda a cidade.

Organizada como um ambulatório de centro de saúde tradicional e com um pronto atendimento funcionando 24 horas, a UBS conta com cerca de 300 trabalhadores, cujo maior quantitativo é entre o pessoal auxiliar ou técnico de enfermagem. Todos os trabalhadores são contratados com base na CLT, com exceção do profissional médico, que geralmente é contratado como autônomo e pago mediante recibo de pagamento de autônomo.

Dimensão Organizacional

O balanço da avaliação na dimensão organizacional indica que a cor que predomina nos resultados dos indicadores é a branca, sinalizando fragilidade da capacidade de gestão. Nesta dimensão, a semelhança dos casos anteriores, o processo decisório conta efetivamente com o gestor máximo e gestores intermediários. Nesta dimensão, chama atenção a inexistência de participação social no processo decisório e na compreensão do conselho diretor que se reúne ocasionalmente para responder problemas imediatos.

Dimensão Operacional

Quanto à avaliação na dimensão operacional, também indica uma situação complexa para a condução da gestão da UBS. Nesta dimensão, a Organização obtém os melhores resultados em relação ao tipo de contrato de trabalho mantido, bem como alguma autonomia financeira para gerir os serviços. No entanto, a capacidade operacional é fragilizada pelo pouco investimento em incentivos para a educação permanente dos trabalhadores e quanto a mecanismos para assegurar o agendamento de usuários no ambulatório da UBS ou referência, ainda que tais fatos também dependam da existência de um sistema municipal de referência e contrarreferência. Outro indicador não avaliado positivamente também depende de recursos da própria SMS, como os relacionados com a manutenção da infraestrutura física e de medicamentos, como os da farmácia básica e impressos. No balanço final, a cor atribuída a essa dimensão é a cinza, indicando constrangimento da capacidade de gestão.

Dimensão da Sustentabilidade

Na dimensão da sustentabilidade, a avaliação indica maior fragilidade da capacidade de gestão, o que se repetiu em todos os casos es-

tudados, considerando que os indicadores selecionados revelam, ainda que parcialmente, aspectos de fragilidade na capacidade de sustentar os resultados da gestão. A cor atribuída a esta dimensão é a branca, dado que este foi o resultado de dois dos indicadores, e, num terceiro, a UBS nem sequer obteve pontuação. Tal resultado indica o comprometimento da sustentabilidade da gestão, porque, mesmo desenvolvendo serviços necessários para a população, a Organização, num curto prazo, pode ter ainda mais fragilizada a sua capacidade de continuar conduzindo a gestão sem, como lembrou um dos gestores, "ferir a imagem da Organização".

A Capacidade de Gestão da USB e os Princípios do SUS

A avaliação deste caso aponta que há fragilidades em duas das dimensões, ainda que, na dimensão operacional, a situação da gestão é considerada como boa.

Na dimensão organizacional (quem decide e como decide), por exemplo, chama atenção a inexistência de participação social no processo decisório e na compreensão do conselho diretor que se reúne ocasionalmente para responder problemas imediatos.

Quanto à dimensão operacional (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas), em que a avaliação obtém melhores resultados, destaca-se a inexistência de agendamento intra-unidade, registrando-se alguns encaminhamentos informais por interesse dos próprios profissionais durante o atendimento do usuário. Este indicador sequer obteve pontuação na avaliação, o que indica o comprometimento de qualquer possibilidade de uma atenção integral.

A dimensão de sustentabilidade (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças) obtém como resultado a cor branca, indicando, como geralmente encontrado em todos os casos, uma fragilidade na capacidade de gestão em manter os bons resultados existentes. Esta é a dimensão mais frágil, em que a maioria dos indicadores sequer

obtém pontuação, indicando que, sem canais de ausculta aos usuários, sem a disseminação formal das informações e sem a construção de parcerias e alianças, mesmo que com a SMS, a legitimidade da gestão na execução dos serviços está definitivamente comprometida.

Em síntese, os resultados da avaliação do caso 3 revelam-se, graficamente, abaixo:

Figura 4 - Escala de cores do caso 3

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Mínimo de 25%
OPERACIONAL	Mínimo de 50%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

O ESTUDO DE CASO 4

Criada em 1967, com sede na cidade de São Paulo, a Organização responsável pela gestão da unidade de saúde do estudo de caso 4 se diz, em seu sítio na Internet, ser a maior instituição de gestão de serviços de saúde e administração hospitalar do País. Foi considerada a quinta maior entidade de filantropia brasileira segundo a pesquisa da Kanitz & Associados, que avaliou as quatrocentas maiores entidades filantrópicas do Brasil. Sua missão é "promover soluções na área de saúde e de assistência social, orientando-se pelas necessidades dos clientes e qualidade de vida do ser humano e do meio ambiente". Desenvolve atividades no campo da administração e consultoria a serviços de saúde; na educação, através da operacionalização de cursos e eventos nas áreas de administração hospitalar (especialização), saúde e social e na manutenção de creches, abrigos, casas de gestantes e outros projetos e programas sociais em parceria com governos estaduais e municipais, entidades religiosas e organizações civis. A Organização não tem

finalidade lucrativa e tem o título de Organização Social. No estado da Bahia, gere quatro serviços de saúde. (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SAÚDE E HOSPITALAR, 2008)

Segundo informação do dirigente da Organização, o contato de gestão entre a SMS e a Organização foi assinado em julho de 2006, seguindo a mesma rotina dos demais contratos de gestão das unidades básicas.

A organização administrativa da UBS conta com um gestor máximo e duas coordenações: uma de enfermagem e a coordenação médica. Existem funcionários que respondem respectivamente pelo serviço de higienização e limpeza, bem como pelos setores de pessoal, nutrição, farmácia, almoxarifado e laboratório Mas a estas atividades não corresponde um cargo e sua respectiva remuneração.

O número de trabalhadores, durante o trabalho de campo (maio de 2008), constava de um total de 208, todos contratados pelo regime da CLT, incluindo médicos. No entanto, havia uma exceção a esse regime de contrato para os profissionais da categoria médica que apenas prestavam serviços para cobrir plantões de outros profissionais afastados.

Dimensão Organizacional

Na dimensão organizacional (quem decide e como decide), chama atenção a inexistência de participação social no processo decisório, acrescido da também inexistência de projeto/atividade proposto e implementado pela UBS com base em problemas locais. Esta evidência pode indicar a não preocupação da gestão da unidade com o impacto social dos resultados das ações e serviços de saúde prestados.

Dimensão Operacional

Na dimensão operacional (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas), as maiores fragilidades aparecem na qualificação dos profissionais, no controle dos custos da uni-

dade, nos mecanismos de referência e contra referência dos pacientes e na identificação de barreiras no acesso aos serviços. Tais achados reforçam a suposição do não compromisso da terceirizada com o resultado/ impacto das ações e serviços prestados.

Dimensão da Sustentabilidade

A dimensão de sustentabilidade (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças), por sua vez, foi a mais crítica. A maioria dos indicadores não alcança a pontuação mínima, e os três únicos pontuados (parcerias e alianças; disponibilidade de informações para monitorar e avaliar os serviços produzidos; estratégias para acompanhamento e avaliação dos resultados dos serviços produzidos) alcançaram a pontuação mínima; o que significa que a sustentabilidade da gestão está comprometida.

A Capacidade de Gestão da UBS e os Princípios do SUS

A avaliação deste caso aponta que há fragilidades na estrutura e no processo da gestão terceirizada da UBS. Mais uma vez tais achados se contrapõem aos esperados ganhos de eficiência e efetividade e o compromisso com as demandas dos cidadãos, advindos das ferramentas gerenciais do setor privado, colocados como justificativa para a terceirização da gestão de serviços públicos.

Foram detectadas, nesta avaliação, fragilidades em todas as dimensões consideradas fundamentais para o processo de gestão, dimensões que permitem medir a capacidade gerencial da unidade de saúde.

Além disso, constatou-se a inadequação do perfil dos gestores e, o que é mais comprometedor para o fortalecimento do SUS, a total dissociação da gestão terceirizada das demais instâncias de gestão do SUS, o que compromete a operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para concluir, vale salientar que os achados da pesquisa evidenciam que a preocupação da terceirizada é fazer funcionar os serviços, sobretudo o PA, principalmente no que diz respeito à produção de serviços para cumprir as metas do contrato. A atenção básica é colocada em segundo plano. O enunciado do próprio gestor da Organização responsável pelo contrato de gestão indica que a UBS é mesmo vista como apenas um PA pelos próprios usuários. O foco da gestão é para que a UBS funcione como tal, o que parece não ser uma preocupação da própria gestão do âmbito central da SMS. Com isso, a UBS não funciona na direção dos princípios e objetivos de uma unidade produtora de serviços de atenção básica. Isto é inferido pelo gestor máximo da UBS quando diz:

> [...] Os programas [...] está havendo muita evasão, a gente não sabe o que está gerando isso daí, se são [...]. A gente consegue especular, mas não consegue saber de fato o que acontece. [...]. O que nós temos muito aqui é uma evasão enorme. O pessoal vem e marca, aí não tem mais ninguém, o pessoal não vem; o pessoal vem mesmo aqui para ultrassonografia. (Gestor máximo da UBS)

Em síntese, os resultados da avaliação do caso 4 revelam-se, graficamente, abaixo:

Figura 5 - Escala de cores do caso 4

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Mínimo de 50%
OPERACIONAL	Mínimo de 25%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal em Salvador aponta para um mo-

mento no seu processo, como uma fotografia que retrata uma dada situação. Isto significa que os resultados obtidos não são imutáveis e irão variar de acordo com o instante em que se realiza a avaliação.

Os resultados desta avaliação, norteada pelas premissas e pelos princípios do SUS, apontam para acentuada fragilidade na capacidade de gestão terceirizada das unidades básicas. Ainda que duas das três Organizações responsáveis pelos contratos de gestão já mantivessem parcerias com o SUS municipal, elas não tinham experiência na prestação de serviços neste âmbito de atenção, perdendo, assim, parte da sua legitimidade para gerir serviços que devem assegurar o acesso universal e equânime da população. Os dados revelam claramente que o foco da gestão nas unidades está direcionado para o serviço de pronto atendimento. A complexidade dos serviços de atenção básica não é considerada pelos gestores. Ao contrário, consideram "fácil" a gestão da atenção básica.

Além disso, a legitimidade dos gestores também é comprometida, dado que a maioria deles não possuía capacitação específica e experiência prévia de gestão, que são requisitos desejáveis para a obtenção da legitimidade técnica do gestor.

Outro aspecto relevante, pela inexistência, diz respeito ao controle social e a participação no processo de tomada de decisão de diferentes atores na UBS. Apenas uma das UBS avaliadas tinha organizado o conselho local de saúde, mas sua atuação era incipiente. Mesmo com a existência de um conselho diretor, definido no contrato de gestão, sua atuação era pontual e restrita ao grupo de dirigentes da unidade de saúde.

Por sua vez, a estrutura decisória das UBS e a inexistência de instâncias sistemáticas de processos decisórios não possibilitavam a participação de atores fundamentais, como alguns técnicos colaboradores dos gestores no processo decisório, comprometendo a capacidade de decidir da Organização e, por conseguinte, a capacidade de sustentar os resultados da gestão.

Já em relação ao financiamento das ações e serviços de saúde, apesar do repasse dos recursos financeiros definidos no contrato de gestão pela SMS ter acontecido de forma intempestiva por vários momentos durante a realização da avaliação, a continuidade da oferta de serviços não é totalmente comprometida porque as Organizações responsáveis pelos contratos de gestão dispõem do suporte de um fundo fixo para as situações contingenciais.

Esta disponibilidade de recursos financeiros para pronto pagamento legitima e diferencia a gestão terceirizada, sendo um dos poucos indicadores que recebeu valor positivo na avaliação em todas as UBS. Contudo, não há controle dos custos pela gestão local, dado que este papel é assumido pelos escritórios centrais das Organizações gestoras do contrato. Os gestores locais são responsáveis pelo controle dos gastos com despesas com pequeno valor, o que assegura maior capacidade da gestão na dimensão operacional.

No entanto, apesar da positividade no que diz respeito à existência de um fundo fixo de recursos financeiros para as contingências, a articulação entre a UBS e o Distrito Sanitário o que potencializa a disponibilidade de outros recursos, facilita o cumprimento dos princípios dos SUS e legitima a capacidade de decidir do gestor local é inexistente. Enunciações identificam uma boa relação entre a UBS e o Distrito Sanitário(DS), mas este papel de elo é designado ao gerente preposto da SMS. Registram-se indícios de que a responsabilidade por esta situação é da própria SMS, dado que o papel exercido pelas coordenações dos DS é cartorial.

Quanto à gestão dos trabalhadores, destaca-se positivamente que todos são contratados pelo regime da CLT, existindo exceções para médicos e para contratos temporários para cobrir férias e profissionais faltosos no PA. A existência de vínculo empregatício estável e que assegura os direitos mínimos dos trabalhadores amplia a capacidade de execução das ações e serviços, o que agrega valor à capacidade de

gestão e legitimidade ao gestor. No entanto, apesar da autonomia da Unidade para a seleção e contratação de trabalhadores, observa-se que não se considera, na seleção dos profissionais, um perfil com qualificação e experiência para atuar no âmbito da atenção básica, fator que pode estar relacionado à ausência de habilitação prévia da Organização gestora do contrato na prestação de serviços de atenção básica, ou mesmo por fatores relacionados com o padrão dos salários pagos pelas Organizações gestoras, que, segundo os próprios gestores, não são compatíveis com o que o mercado local pode oferecer, em particular ao profissional médico. Este fato reforça o argumento de que os serviços prestados se limitem a uma lógica de pronto atendimento, sem continuidade e sem foco nos problemas prioritários da população local.

Também não existem mecanismos permanentes de educação para os trabalhadores, nem estratégias de acompanhamento e avaliação dos resultados e do retorno aos trabalhadores da avaliação do seu desempenho. Tais mecanismos e estratégias, se existentes, poderiam ampliar a capacidade de decidir e executar os serviços na direção dos princípios do SUS.

Quanto à relação com usuários, não houve respostas positivas significativas de existência de canais de ausculta dos mesmos. Isto indica que a gestão produz normativamente os serviços demandados pela SMS e busca atingir as metas pactuadas nos contratos de gestão. Ao não reconhecer os interesses dos usuários, o gestor local perde a capacidade de não só legitimar sua gestão, como também de sustentar seus resultados na direção dos princípios do SUS.

O que chama atenção nos resultados obtidos na dimensão da sustentabilidade é que a maioria dos indicadores não obteve pontuação ou, quando pontuavam, aos resultados obtidos foi atribuída, frequentemente, a cor branca. Isto demonstra o comprometimento da capacidade de gestão das UBS em assegurar a oferta de ações e serviços de saúde no longo prazo ou assegurá-los com o mínimo de qualidade.

Vale ressaltar que o contrato de gestão firmado entre a SMS e as Organizações gestoras dos contratos não permite o acompanhamento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados. O contrato de gestão permite apenas a verificação de indicadores numéricos, que não são direcionados para o monitoramento das atividades no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, mas predominantemente para o campo dos serviços de urgência do pronto-atendimento, fortalecendo, assim, a fragmentação da prestação de serviços. Este fato é reforçado pela fragilidade do papel do gerente preposto da SMS nas unidades básicas de saúde, os quais não desenvolvem a sua função como regulado no contrato de gestão, ou seja, como fiscal da SMS na execução dos serviços na unidade avaliada. Esses prepostos reportam-se frequentemente aos gestores da secretaria e ao gestor máximo da UBS para notificar as irregularidades ou falhas observadas, assumindo não o papel de contratante, mas posicionando-se como cogestor destes serviços, num papel dúbio na condução da gestão local.

Os dados, ao revelarem a inexistência de mecanismos de referência e contrarreferência de usuários, mesmo internamente à unidade, apontam para a existência de barreiras ao acesso de serviços, problema não identificado pelos gestores. Este achado evidencia que, no âmbito da atenção básica, o cumprimento do princípio da integralidade está comprometido. No entanto, esta situação é também responsabilidade da SMS, que, ao elaborar os contratos de gestão, explicitou interesses em relação à produção de serviços de pronto atendimento.

Vale salientar que, ao relacionarmos os resultados obtidos nas dimensões da gestão com os princípios do SUS, constatamos que o único princípio parcialmente observado é o da resolutividade para uma demanda aberta. Portanto, os dois outros princípios considerados neste estudo, o da integralidade da atenção à saúde e o do controle social, não são assegurados.

Assim, dentre os resultados da avaliação, destaca-se que a autonomia decisória conferida pelo gestor do SUS municipal às UBS avaliadas, através do contrato de gestão, não as torna capazes de responder às necessidades das comunidades locais, principalmente na prestação de serviços na área da atenção básica.

Como já referido nas análises de cada caso, a capacidade de gestão, para ser plena, exige como premissa um equilíbrio entre os resultados nas três dimensões avaliadas, dado que estas são interligadas. Em todos os casos estudados, os resultados positivos obtidos por alguns indicadores indicam que estes não são capazes de, isoladamente, sustentar a capacidade de gestão terceirizada nas UBS. Por fim, a junção num mesmo espaço físico de serviços de pronto atendimento nas 24 horas e ações tradicionais de atenção básica indica que há uma predominância do PA em detrimento de qualquer outro modelo de atenção que aponte para os princípios que dirigem o SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SAÚDE E HOSPITALAR, 2008. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br>. Acesso em: 15 ago. 2008.

BAHIA. Lei nº 8.647, de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado,* Poder Executivo, Salvador, n. 18.327, p. 1, 30 jul. 2003.

BARRETO, J.L. *Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica:* um estudo em municípios baianos. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal, 1988.

______. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.1990.

______. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 1993.

______. Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jun. 1994.

______. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Reforma do Aparelho de Estado no Brasil. *Cadernos MARE da Reforma do Estado,* Brasília, p. 4-68, 1995.

______. Tribunal Superior do Trabalho. Enunciado nº 331. Revisão da Súmula nº 256 - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003. In: DJI - Índice Fundamental do Direito. *Enunciados ou Súmulas do Tribunal Superior do Trabalho – TST.*

Disponível em: < http://www.dji.com.br/normas_inferiores/enunciado_tst/tst_0331a0360.htm>. Acesso em: 15 nov. 2008.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: PINHEIRO, WILHEIM, SACHS (Org.). Brasil: um Século de transformações. S.Paulo: Cia. das Letras, 2001. p. 222-259.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 1998. *Una Nueva Gestión Publica para America Latina.* Disponível em: <http://www.clad.org/documentos/declaraciones/una-nueva-gestion-publica-para-america-latina/view >. Acesso em: 14 jun. 2006.

DRAIBE, S. Avaliação de Programas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; BRANT de CARVALHO, M. C (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais.* São Paulo: IEE; PUC, 2001. p. 165-181.

FERNANDES, A. S. A. A agenda de gestão das capitais na década de 1990: os casos de Recife e Salvador. *Perspectivas,* São Paulo, n. 27, p. 83-107, 2005.

FERNANDES, A. S. A. A agenda internacional de gestão urbana e o caso do Programa Ribeira Azul. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania,* São Paulo: FGV, n. 39, vol.9, p. 1-38, 2004.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 109-118, nov. / dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2011.

______. et al. Indicadores para avaliar a capacidade de gestão de organizações sociais: resultados de um estudo piloto. In: ENAMPAD, 27., 2003, Campinas, *Anais...* Campinas: ENAMPAD, 2003.

______. et al. *Proposta metodológica para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais.* Salvador, BA, 2002. Relatório Técnico Final.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados,* v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A

(Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo.* Brasília: IPEA, 1993.

MILANI, C. R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. *Sociologias,* Porto Alegre, n. 16, p. 180-214, 2006.

MOTTA, P. R**.** *Gestão contemporânea:* a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

PAULA, A. P. P. Administração pública gerencial e construção democrática no Brasil: uma abordagem crítica. In: ENANPAD, 25, 2001, Campinas. *Anais eletrônicos*. Rio de Janeiro: ANPAD, 2001. Disponível em: <www.anpad.org.br/eventos>. Acesso em: 20 jul. 2011.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90:* um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SALVADOR. Ata da 63° sessão ordinária do 4° período legislativo da 13° legislatura da Câmara Municipal de Salvador, realizada em 13 de dezembro de 2000. *Diário Oficial do Legislativo,* Poder Legislativo, Salvador, BA, 21 dez. 2000a.

________. Ata da 195º Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada em 19 de dezembro de 2001. Secretaria Municipal da Saúde, Salvador, BA, 19 de dezembro de 2001.

SALVADOR. Resumo do contrato nº 046/05. Prestação de serviços técnicos e especializados para atendimento no 12° Centro de Saúde Alfredo Bureal. *Diário Oficial do Município,* Poder Executivo, Salvador, BA, 06 jun. 2005a.

______. Resumo do contrato nº 096/05. Contrato Emergencial para serviços de técnicos especializados de urgência e emergência do Centro de Saúde Edson Teixeira – Bairro de Pernambués. *Diário Oficial do Município,* Poder Executivo, Salvador, BA, 18 jul. 2005b.

SALVADOR. Lei nº 5.845, de 15 de 15 de dezembro de 2000. Altera disposições da Lei nº 5.245, de 1997, que modifica a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal do Salvador, com suas alterações posteriores, cria a

Secretaria Municipal da Habitação e dá outras providências. *Diário Oficial do Município,* Poder Executivo, Salvador, BA, 29 dez. 2000b.

SILVA, A. P. C.; ALCÂNTARA, D. M. *As políticas culturais no município de Salvador na gestão Lídice da Matta (1993 a 1996).* Salvador: CULT-UFBA, 2005. Versão preliminar Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/arquivos/cult_polcult_93_96.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2009.

SOUZA, C. A nova gestão pública. *Cadernos da Fundação Luís Eduardo Magalhães.* Salvador, n. 1, p. 39-62, 2001.

SUAREZ, J. As funções essenciais de saúde pública: um panorama das Américas. In: ENCONTRO DE GESTORES ESTADUAIS, PROVINCIAIS E DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS SUL-AMERICANOS DE SAÚDE. 1., 2005, Brasilia, DF. *Anais...* Brasília: CONASS; OPAS, 2005.

Capítulo III

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS MUNICIPAL: UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA[1]

Handerson Silva Santos
Cristina Maria Meira de Melo
Geovana Raimunda Silva Santana
Tatiane Araújo dos Santos

INTRODUÇÃO

As pesquisas avaliativas em saúde no Brasil têm crescido nos últimos anos como uma tentativa de apreender da realidade os conhecimentos acerca da elaboração, condução e/ou fortalecimento de políticas de saúde, do processo de gestão e de formação dos sujeitos envolvidos com o sistema de saúde. (FELISBERTO, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006) Este capítulo apresenta a descrição do uso do modelo de análise da implantação sobre o contexto da saúde local.

[1] Subprojeto de uma pesquisa guarda-chuva financiada pelo CNPq.

O recorte do objeto que compôs o estudo, cujo método e modelo são apresentados, teve origem na pesquisa intitulada Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal. (MELO, 2009) Assim, pode-se perceber, a partir do contexto da terceirização da saúde municipal, a relevância do arcabouço técnico, político e econômico que o induziram. A partir dessa tríade, construiu-se o desenho de análise deste estudo.

Por ser um tema controverso, a terceirização merece ponderação quando relacionada aos serviços públicos, com destaque para os de saúde. Por serem garantidos em lei como direito de todos e dever do Estado, os serviços públicos de saúde no Brasil se reconfiguraram a partir do SUS. A institucionalização deste sistema demandou profundas mudanças para este setor no País, consolidadas através da Reforma Sanitária. Todo esse processo estava inserido na redemocratização da sociedade brasileira, em que também se lutava por igualdade na assistência à saúde dos brasileiros, então marcada por profundas discrepâncias entre as diferentes classes sociais.

Deste modo, o Sistema Único de Saúde não pode apenas ser considerado como uma política isolada para a saúde. É necessário observar as intervenções sociais proporcionadas pelo sistema, como a adoção de um modelo de atenção focado na integralidade e resolutividade das ações e na quebra do paradigma da exclusão social, através da participação popular na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, além do seu controle.

Nessa perspectiva, compreende-se que a análise da implantação do processo de terceirização no município de Salvador é relevante, uma vez que, ao se aprofundar na análise dos contextos, agrega elementos importantes para discussão acerca deste processo polêmico e controverso diante dos princípios do SUS. O estudo buscou sistematizar a implantação do processo de terceirização no município em seu contexto, facilitando a compreensão dos argumentos utilizados pela

gestão municipal e pela Secretaria Municipal da Saúde para adoção do modelo de terceirização para a gestão e prestação de serviços no sistema de saúde local.

Entende-se que a compreensão desse processo poderá embasar as discussões das instâncias públicas, fóruns e entidades de trabalhadores e usuários, contribuindo para a compreensão dos diferentes contextos (técnico, político e econômico) que estiveram ligados com a implantação da terceirização na saúde local, facilitando sua análise crítica.

Ressalta-se que a exiguidade de estudos avaliativos sobre terceirização na saúde municipal reforça a importância deste projeto para a consolidação deste modelo de estudo, que busca captar características contextuais baseadas nos aspectos técnicos, políticos e econômicos que influenciaram na implantação da terceirização na saúde municipal. Além disso, colabora com a produção bibliográfica acerca de um tema pouco discutido na literatura, contribuindo para um melhor entendimento do processo de gestão na saúde municipal, e consequentemente para a consolidação do SUS.

O objeto de investigação deste estudo é a implantação do processo de terceirização no SUS municipal em Salvador, Bahia. Os pressupostos que guiaram a pesquisa tomaram por base que a terceirização da saúde no município de Salvador instalou-se sobre um arcabouço político artificialmente construído para a aquiescência do modelo, excluindo do processo a participação popular e, acima de tudo, a adoção do modelo de gestão terceirizada para as unidades de saúde não condizentes com o que preconiza a Constituição Federal. (BRASIL, 1988) Outro pressuposto foi de que a implantação da terceirização da gestão contribuiu para a desarticulação da organização e gestão da rede básica de serviços de saúde no município, além de outras fragilidades impostas pelo novo modelo.

A escolha das abordagens teórico-conceituais de sustentação do estudo de análise da implantação da terceirização municipal permitiu que o objeto fosse tratado como se estivesse em um plano orbital.

Deste modo, o objeto localizou-se como se estivesse ao centro, ao passo que as teorias e conceitos o circundavam. Assim, estabelece-se uma relação simbiótica entre os objetivos, o método e o desenho de análise para, consequentemente, responder ao objeto de estudo. Neste plano hipotético, para efeito de um estudo avaliativo, toma-se como sendo o contexto o cenário, enquanto que tangenciando o todo estaria o modelo avaliativo (pesquisa avaliativa) de análise da implantação. (DENIS; CHAMPAGNE, 1997)

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O estudo de análise da implantação da terceirização no SUS municipal foi desenvolvido com o escopo metodológico delineado sob o método qualitativo. Como nos coloca Santos (2006), é característico desse tipo de estudo a não neutralidade do investigador e a não possibilidade de generalização de seus dados para replicação. Porém, para Turato (2005) e Denis e Champagne (1997) a generalização do estudo baseado no método qualitativo é conceitual, ou seja, pode ser dada a partir dos novos conhecimentos e pressupostos revistos, podendo ser aplicados em outros contextos de vivências semelhantes. Ainda, justifica-se o uso do método qualitativo em decorrência do problema de pesquisa abordado, das experiências dos pesquisadores com pesquisas avaliativas de abordagem qualitativa e o público para quem se destinam os resultados. (CRESWELL, 2007)

Este estudo baseou-se em uma pesquisa avaliativa que, como define Tanaka e Melo (2001), é um processo que permite um julgamento de uma intervenção para tomada de decisão e, como nos diz Contandriopoulos e outros (1997), usando métodos científicos. "Avaliar é fixar o valor de uma coisa; para ser feita se requer um procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado". (FRANCO, 1971, apud COHEN; FRANCO, 1993, p. 73)

Diante da variedade conceitual encontrada na literatura sobre o modo de fazer avaliação em saúde (GUIMARÃES et al., 2004; HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008; NOVAES, 2000), é que se faz necessário abordar a experiência e as escolhas sobre o tipo de avaliação que norteou a proposta metodológica, a saber:

(1) De acordo com Guimarães e outros (2004), é da natureza do estudo avaliativo a elaboração de pressupostos, formulados com base na imagem-objetivo dada, no caso do estudo de análise da implantação, a partir do olhar lançado sobre os diferentes contextos que influenciaram (positiva ou negativamente) no alcance dos resultados após a introdução de uma intervenção. (DENIS; CHAMPAGNE, 1997) Deve-se destacar a importância do estudo do contexto quando se está diante de um estudo de análise da implantação;

(2) A natureza e o modelo avaliativo assumido se encaixam na proposta de análise da implantação. Para Contandriopoulos e outros (1997) esse tipo de análise é importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes maneiras. Esta tipologia de análise busca entender as condições da implantação das intervenções, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação, devendo esses valores ser percebidos em sua subjetividade. (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; SANTOS, 2006);

(3) Segundo os mesmos autores para a abordagem do contexto no estudo de análise da implantação, faz-se necessário a adoção de um determinado modelo com base nos modelos organizacionais. Assim, torna-se imperativo que se determine um foco à avaliação; neste caso, o foco dado foi à terceirização do SUS municipal. Sendo assim, dentre os modelos existentes (modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e modelo político), adotou-se o modelo político. A razão dessa escolha está no conceito do próprio modelo, principalmente quando confrontado com o objeto de estudo da pesquisa. O modelo político avalia a eficácia de uma inter-

venção com base: (i) no suporte dado à intervenção pelos seus agentes; (ii) se esses agentes estão preparados a operacionalizar com eficácia a intervenção; (iii) se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção;

(4) A partir de então, fez-se necessário abordar o conceito de política. A política tem conceito amplo e, segundo Max Weber (2006), abrange toda espécie de atividade diretiva autônoma. O mesmo autor completa dizendo que política é o conjunto de esforços feitos visando à participação no poder ou na influência da divisão do poder. Vai mais além, quando diz que a política é capaz de dividir, conservar ou transferir poder, condicionar um campo de atividades e, finalmente, determinar uma decisão. Corrobora-se com a definição de Santos (2006, f. 45) de que "política implica na adoção de uma série de decisões ou de não decisões, que vão gerar ação ou inação dos diversos atores sociais", ou seja, as ações ficam acondicionadas pela trama de poder entre grupos e pessoas inseridas no contexto.

Para Denis e Champagne (1997) uma análise da implantação que segue o modelo clássico deverá ser composta dos seguintes elementos: (i) análise dos determinantes contextuais do grau de implantação; (ii) análise dos fatores que influenciam na variação da implantação; (iii) análise da influência entre o contexto de implantação e a intervenção implantada. Para os mesmos autores a análise da implantação deve ser realizada após o conhecimento do delineamento traçado por uma intervenção, ou seja, dos efeitos por ela provocados. Por isso, explica-se a necessidade premente na análise da implantação, da exploração do contexto. Este pode ainda ser prospectado a partir de um (ou mais) dos cinco modelos organizacionais já apresentados anteriormente.

ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

Diante da vasta literatura para estratégias de investigação científica, Creswell (2007) sistematiza as técnicas associadas ao método qua-

litativo, a saber: etnografia, teoria embasada, pesquisa fenomenológica, pesquisa narrativa e estudo de caso. Dentre as estratégias apresentadas, a que este estudo se aproxima é a de estudo de caso. Neste, "o pesquisador explora em profundidade um programa, um fato, uma atividade, um processo ou uma ou mais pessoas." (CRESWELL, 2007, p. 32) Reitera-se que a abordagem sobre o estudo de caso trazido por este autor é generalista, podendo ser mais aprofundada através da leitura de autores como Robert K. Yin (2005).

Outro elemento estratégico importante para a pesquisa qualitativa são os métodos específicos de coleta de dados. (CRESWELL, 2007) Nesta pesquisa, a estratégia de coleta baseou-se em dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos a partir de entrevista semiestruturada, que, segundo Laville e Dionne (1999, p. 333), consiste em uma "série de perguntas abertas feitas oralmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador tem a possibilidade de acrescentar perguntas de esclarecimento." Os atores escolhidos foram aqueles que de algum modo estiveram ou que ainda estavam participando do processo de terceirização. Assim, obteve-se o seguinte grupo:

1. Um representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Salvador;
2. Um representante sindical dos servidores da saúde;
3. Um ex-membro da alta gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador;
4. Uma representante do poder legislativo de Salvador.

Para coleta dos dados secundários, utilizaram-se: (i) documentos como jornais, para corroborar com a estruturação do contexto da terceirização, coletados entre os anos de 2000 a 2008; (ii) o Plano Municipal de Saúde de Salvador e relatórios de gestão; (iii) atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Salvador entre os anos 2000 a 2004; (iv) os contratos de gestão entre a SMS e as empresas contratadas no processo de terceirização da gestão de UBS.

PLANO DE ANÁLISE

O plano de análise é o responsável por organizar, sistematizar e extrair sentido dos dados de texto e/ou imagens. (GUIMARÃES et al., 2004; CRESWELL, 2007)

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise temática, com base nos fatores definidos pelo modelo político utilizado na análise da implantação. O conhecimento das técnicas de análise de dados deu-se através da leitura de autores que proporcionaram o delineamento de um plano de análise que melhor se encaixasse ao objeto da pesquisa. Assim, foi utilizada a técnica de análise temática adotada por Melo (2001) e Santos (2006), adaptada de Bardin (1977), e com aproximações ao que diz Carmo-Neto (1993), Creswell (2007), Laville e Dionne (1999) e Bauer (2002), quanto à análise de conteúdo. A diferença entre a análise temática e de conteúdo será percebida adiante.

Segundo Laville e Dionne (1999), deve-se considerar a relevância das questões e dos pressupostos em uma pesquisa, uma vez a escolha dos documentos e o processo de análise e interpretação serão guiados em função das questões e pressupostos. As autoras salientam que após coletados, os documentos deverão ser organizados para facilitar seu uso, de modo a permitir ao pesquisador localizar rapidamente durante a análise de conteúdo, qualquer informação que considere necessária.

Seguindo as etapas apontadas pelos autores já descritos, a extração e análise dos documentos procederam-se da seguinte forma:

(a) Organização dos discursos e dos documentos, seguido de leituras exaustivas para reconhecimento e exploração do conteúdo bruto;

(b) Recorte dos conteúdos ou codificação: esta etapa compreendeu o recorte dado ao conteúdo e, em seguida, seu ordenado em categorias ou grupos, buscando encontrar a significação, o sentido em cada fragmento destes. Esses elementos constituem as chamadas unidades de análise,

que necessariamente não é composto de uma única palavra. Diante dos documentos, buscou-se sistematizar durante esta pesquisa o recorte de temas. Em outras palavras, são fragmentos que correspondem cada um a uma ideia particular, muitas vezes não explicitas no texto, o que confere um grau maior de minuciosidade ao se proceder à análise.

(c) Definição das categorias analíticas segundo o modelo aberto (LAVILLE; DIONNE, 1999): este é um processo natural na análise de conteúdo após a definição dos temas a serem analisados; porém, divide-se, segundo as autoras, nos modelos aberto, fechado e misto. Adotou-se a definição segundo o modelo aberto, em que as categorias não são pré-fixadas, tomando forma com o transcorrer da análise.

(d) Interpretação dos temas: nesta etapa, foram extraídas as significações dos temas. Como inerente ao método qualitativo, já citado, é impossível a neutralidade do pesquisador nas interpretações, uma vez que não dá para separar suas experiências, sua cultura e sua história. Este é o momento em que o autor/pesquisador, à luz de seu quadro teórico, compara, analisa, tece comentários e se posiciona diante dos resultados obtidos. Por se tratar de um estudo avaliativo, é inerente a emissão de um juízo de valor, porém sempre considerando a qual público será destinado seus resultados. Assim, teremos a possibilidade de uso dos resultados da pesquisa avaliativa para a tomada de decisão, o que irá conferir validade à investigação. (CRESWELL, 2007; HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008)

Ainda segundo Laville e Dionne (1999), a análise qualitativa pode ser dada através de três modos: o emparelhamento, que resulta da comparação entre os dados com um determinado modelo teórico; a construção interativa de uma explicação, que se comporta como uma estratégia mais elaborada e demanda um mergulho profundo do pesquisador em seu material, uma vez que não se estabelece um modelo teórico explicativo prévio; e a análise histórica, em que o pesquisador

parte de um quadro teórico para elaborar um roteiro sobre a evolução da situação em estudo.

Para analisar a implantação da terceirização no SUS municipal, recorreu-se a um desenho de análise baseado no contexto histórico--cronológico do processo. A partir de então, foi construído um mapa cronológico do processo, o que facilitou o seu entendimento e sua análise. É importante relatar que, diante do mapa cronológico, os dados foram cruzados, buscando identificar características, convergências e divergências enunciadas pelos atores e dados secundários envolvidos nessa pesquisa. Assim, procurou-se dar validade aos resultados. (CRESWELL, 2007) Porém, os passos dados nesta pesquisa em relação à validação ainda foram incipientes, porém não menos importantes.

A apresentação do mapa cronológico resumindo os acontecimentos históricos que compuseram para esta pesquisa os diferentes contextos, principalmente o político, que de algum modo tiveram relação na implantação da terceirização do SUS em Salvador, deu-se através de um quadro adaptado, em que estão representadas as datas e os fatos correspondentes. Destaca-se a utilização do mapa cronológico como sendo um importante revelador dos constrangimentos e potencialidades para a implantação do processo no município.

Quadro 1 - Mapa cronológico do processo de implantação da terceirização no SUS municipal

Janeiro de 1997 - Antônio Imbassahy, então filiado ao PFL, assume a gestão da prefeitura de Salvador para cumprir o seu primeiro mandato. Aldely Rocha Dias assume a gestão da secretaria municipal da Saúde.
Abril de 1997 - O CMS defere que para a composição do quadro de profissionais da equipe do Programa Saúde da Família, que ora se implantaria, a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde seria via fundação pública de direito privado e apontam a Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão/FAPEX, da Universidade Federal da Bahia, substituindo a forma de contratação do projeto original que seria via cooperativas.
Maio de 1998 - É promulgada a Lei Federal nº 9.637/98, que cria as Organizações Sociais pelo governo Fernando Henrique Cardoso.
Outubro de 2000 - A SMS celebra convênio com a Associação Baiana de Medicina (ABM) para contratação e capacitação de pessoal para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, recebendo críticas do CMS, principalmente por não ter sido deliberada em plenária tal parceria, uma vez que esta envolve recursos públicos.
Dezembro de 2000 - É aprovado na Câmara de Vereadores o Projeto de Lei nº 180/2000, que dispõe sobre a redução do número de membros do CMS de 32 para 16, assim como a mudança de estrutura de cargos, onde a presidência passava a ser exercida exclusivamente pelo secretário da Saúde. Os representantes que compõem o novo CMS são da confiança da administração municipal. Os conselheiros cassados fundam o Fórum de Entidades de Trabalhadores e Usuários de Saúde. Este Fórum passa a lutar pela redemocratização do controle social em Salvador e contra a terceirização.
Janeiro de 2001 - Antônio Imbassahy toma posse no seu segundo mandato. Aldely Rocha Dias permanece no comando da saúde.
Fevereiro de 2001 - Tomam posse, a portas fechadas e com presença de seguranças, os novos representantes no Conselho Municipal de Saúde.
Março de 2001 - É aprovado o parecer da extinta Comissão de Orçamento e Finanças do CMS sobre a prestação de contas da SMS de 1999. Segundo a relatora da Comissão, pairavam dúvidas quanto à contratação de pessoal pela Fapex para atuação no Programa de Combate a Dengue do município. Para o convencimento favorável a aprovação da prestação de contas, a secretária usa o seguinte argumento: "[...] em nenhum momento a SMS estaria se voltando para utilizar Organização Social para contratação de pessoal [...]" (Ata da 183° reunião do CMS, em 28 de março de 2001) (sic).
Maio de 2001 - O município implanta o Programa Saúde Legal, o qual consistia na realização de feiras de saúde, e segundo a secretária a SMS tem "[...] como parceiros na realização das feiras (algumas instituições), ressaltando que na última feira realizada houve a participação do Hospital Português [...], o qual procurou a SMS para firmar convênio [...]" (Ata da 186° reunião do CMS, em 09 de maio de 2001). (grifo nosso) (sic).

Julho de 2001 - A secretária da saúde informa que o Hospital Espanhol procurou a SMS para que estabelecessem uma parceria.
Agosto de 2001 - A SMS lança mão de um decreto de emergência para contratar pessoal para o combate a dengue sem licitação. O município analisa uma provável parceria com a Fundação José Silveira, também para contratação de pessoal para o Programa de controle de endemias.
Outubro de 2001 - Durante a análise do Relatório de Gestão da SMS no primeiro quadrimestre do ano, o relator chega à seguinte conclusão: "Na área de convênios a SMS estabeleceu diversos com instituições filantrópicas, públicas e organizações não governamentais". E destaca a ausência no relatório da forma de contratação do pessoal terceirizado (Ata da 193° reunião do CMS, em 17 de outubro de 2001).
Dezembro de 2001 - A SMS convida o Hospital Português, o Hospital Espanhol, a Fundação Monte Tabor e a Federação das Santas Casas de Misericórdia da Bahia para concorrerem num processo licitatório para a cessão da gestão de unidades de Pronto Atendimento que haviam sido reformados ou construídos pelo município. Apenas o Hospital Espanhol manifestou-se favorável. A secretária da Saúde informa em reunião do CMS de que fizera contrato de recursos humanos para suprir falta de pessoal nas unidades ambulatoriais.
Fevereiro de 2002 - 82 médicos são contratados, via convênio SMS e a Associação Baiana de Medicina, em caráter emergencial e, portanto, com dispensa de licitação.
Março de 2002 - A SMS estabelece um convênio com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência para atuação no programa de endemias do município. Não há registro de discussão e aprovação da medida no CMS.
Maio de 2002 - O CMS aprova um projeto de prevenção de doenças cardiovasculares (Projeto HAVA), desenvolvido pela Associação Baiana de Medicina (ABM)/Federação Baiana de Medicina (Fabamed), a ser implantado nas unidades de referência do município. Um dos autores do HAVA era um membro do CMS, representante da ABM.
Julho 2002 - O CMS aprova o pleito do município em habilitar-se na Gestão Plena da atenção básica Ampliada.
Dezembro de 2002 - É sugerido pela subsecretária da saúde mudança no inciso XVI do Art. 3° do regimento interno, que estabelece como competência do CMS: "Propor e aprovar critérios para a celebração de contratos e ou convênios, estabelecidos com a rede complementar, de conformidade com as normas ministeriais"; a palavra "propor" seria substituída pela palavra "acompanhar".
Junho de 2003 - O município de Salvador obtém habilitação na Gestão Plena da atenção básica Ampliada. Eleva-se a pressão do governo do estado sobre o município para que este assuma a gestão das unidades básicas de saúde com pronto-atendimento, até então sob a responsabilidade da secretaria estadual da Saúde.
Final de 2003 - É assinado o contrato de gestão terceirizada do Pronto Atendimento e Centro de Referência em Cardiologia Dr. Adriano Pondé, com dispensa de licitação. Vence a Real Sociedade Portuguesa de Beneficência.

Fevereiro de 2004 - Ano eleitoral. Renova-se o contrato de gestão terceirizada do Centro de Referência em Cardiologia Dr. Adriano Pondé. Realiza-se a dispensa pública de licitação para a terceirização da gestão do 5º, 12º e 16º Centro de Saúde, todos com serviço de pronto atendimento.
Abril a setembro de 2004 - A SMS obtém dispensa de licitação para a terceirização da gestão de unidades básicas com pronto atendimento nas 24 horas. Os contratos são feitos com entidades de natureza privada e filantrópica. Assumem a gestão dos contratos a Fundação Monte Tabor, a Sociedade Portuguesa de Beneficência, o Hospital Evangélico e o Hospital Sagrada Família.
Dezembro de 2004 - O texto final no regimento interno do CMS, que ousava sobre o papel deste referente aos processos de contratação de prestadores de serviços e de terceirizações sofre nova alteração: "Propor critérios para celebração de contratos e/ou convênios, estabelecidos com instituições co-gestoras e a rede complementar, de conformidade com as normas ministeriais". Sendo excluída a palavra "aprovar" e incluídas as palavras: "contratos e/ou convênios" e "instituições co-gestoras", não existentes na ultima versão alterada em 2002.

Os temas centrais foram apresentados através de quadros esquemáticos, segundo a descrição dos atores envolvidos e dos documentos analisados, atribuindo para cada determinante contextual um valor que represente facilidade ou dificuldade para a implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador.

Quadro 2 - Atribuição de valor ao processo de implantação da terceirização no SUS de Salvador relacionado ao tema política econômica neoliberal, segundo atores do processo e documentos analisados. Salvador, Bahia, 2009

Tema central	Como é descrito	Ator/fonte	Repercussão para o processo de terceirização

Quadro 2a - Atribuição de valor ao processo de implantação da terceirização no SUS de Salvador relacionado ao tema recursos humanos, segundo atores do processo e documentos analisados. Salvador, Bahia, 2009

Tema central	Como é descrito	Ator/fonte	Repercussão para o processo de terceirização

Quadro 2b - Atribuição de valor ao processo de implantação da terceirização no SUS de Salvador relacionado ao tema controle social, segundo atores do processo e documentos analisados. Salvador, Bahia, 2009

Tema central	Como é descrito	Ator/fonte	Repercussão para o processo de terceirização

A partir da análise das entrevistas e, principalmente, das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, foi possível caracterizar como se estabeleciam as relações entre a SMS e o CMS no ano de 2000. Este recorte histórico representa o período crucial para a implantação da terceirização da saúde no âmbito municipal em Salvador.

Quadro 3 - Características da relação entre a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e o Conselho Municipal de Saúde de Salvador no ano de 2000

Características	Fatos

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo de análise da implantação da terceirização no SUS municipal representou um grande desafio para os autores. Mais do que a busca pelos resultados, este estudo representa uma estratégia política de fortalecimento do SUS, uma vez que instiga nos atores da saúde (independente da posição que ocupe) a reflexão acerca dos contextos (sociopolítico e econômico) desfavoráveis ao sistema. Além disso, espera-se que, como em um movimento cascata, o despertar reflexivo em torno desses contextos provoque movimentos de articulação sociopolíticos em busca de novos caminhos na condução das políticas de saúde no município.

Os resultados da pesquisa responderam positivamente aos pressupostos levantados. Sendo assim, assevera-se que a implantação da terceirização no SUS em Salvador deu-se através do arcabouço macroeconômico neoliberal, tendo para isso sofrido influências das políticas nacionais voltadas para atender à lógica desse modelo econômico que impregnou o Estado brasileiro a partir da Reforma do Estado, iniciado no governo Fernando Henrique Cardoso. A análise do contexto macropolítico da Bahia fez perceber que a velocidade com que o estado da Bahia e Salvador abraçou a proposta neoliberal para a condução das políticas sociais foi permeada pelo elo criado entre as lideranças locais, principalmente figurada na pessoa de Antônio Carlos Magalhães, e as esferas do poder nacional. Portanto, tem-se que, durante a implantação da terceirização da saúde local os governos municipal, estadual e federal, convergiam para a proposta neoliberal que permeou, dentre outros, o processo de terceirização na saúde.

O governo municipal que foi responsável pela implantação da terceirização da saúde em Salvador mostrou-se de caráter centralizador, tecnocrata e antidemocrático, uma vez que para implantar a terceirização na saúde municipal lançou mão de artifícios utilizados apenas por governos ditatoriais, quando, através do Decreto-Lei nº 180/00 dissolveu o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o reinstalou com a metade de seus membros, antes 32, e sua composição igualmente alterada, agora com pessoas e instituições da confiança da gestora da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). (SALVADOR, 2000) O caráter autoritário, porém, estendia-se ao gabinete da secretária da saúde, que usava de artifícios igualmente antidemocráticos para coordenar os processos de trabalho na SMS. Deste modo, a terceirização foi implantada no município, ao longo de quatro anos, através do isolamento da participação do controle social, sem ao menos ter sido discutido em plenária do CMS. A justificativa da SMS como ponto desencadeador do processo foi a escassez de recursos humanos para responder às demandas do município

no pós-descentralização da saúde e que tais medidas eram puramente administrativas, não cabendo ao CMS deliberar sobre o assunto.

A partir de então, a terceirização da saúde para Organizações Sociais consolida-se em Salvador. Em 2003, já eram terceirizados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Combate a Endemias, os serviços de Pronto Atendimento 24 horas, além da contratação de médicos para prestação de serviços ambulatoriais nas unidades básicas de saúde sob o modelo tradicional, uma vez que, no município, ainda hoje, a cobertura do PFS não abrange mais de 15% da população.

Diante do que reza a Constituição Federal (BRASIL, 1988), principalmente em relação à legislação orgânica da saúde, através das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b), o enunciado nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho (BRASIL, 2000), além do que nos trazem as Leis nº 8.666/93 e 8.883/94 (BRASIL, 1993, 1994), que regulamentam a terceirização no serviço público, a terceirização da saúde em Salvador é controversa tanto ao próprio Sistema Único de Saúde, através de sua legislação, quanto às leis de regulação do serviço público.

Os impactos do processo no serviço de saúde municipal ficam na ordem da descontinuidade das ações e prestação dos serviços de saúde, com consequente evasão dos usuários dos programas, assim como a desassistência e desmonte do SUS municipal, gerando na população, dentre vários problemas, sentimentos de descrédito em relação ao SUS e reversão quanto à lógica do modelo de atenção, uma vez que a população fica, ainda que precariamente, somente sendo assistida pelo médico diante de patologias, provocando estrangulamento nas emergências. Ainda, neste sentido, houve prejuízos para os trabalhadores, que passaram a ter vínculos trabalhistas precários, além de sucessivas greves por falta de pagamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, ressalta-se que a pesquisa avaliativa sob o modelo de análise da implantação mostrou-se profícua diante do objeto, dos pressupostos e da metodologia empregada na pesquisa de análise da implantação da terceirização do SUS municipal, ainda que os resultados não sejam satisfatórios diante do SUS. Assim, como nos coloca Guimarães e outros (2004) estamos diante de uma pesquisa avaliativa positiva, uma vez que através deste estudo presidiram-se os determinantes que influenciaram na implantação da terceirização e seus efeitos ao sistema de saúde como um todo. Para Denis e Champagne (1997, p. 51) a análise da implantação "consiste justamente em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção."

Neste sentido, lança-se o desafio em consolidar os modelos avaliativos em saúde, entendendo-os não como mais um processo burocrático para o serviço público de saúde, mas como um soma para a melhoria dos mesmos, agindo como uma via de mão dupla, uma vez que, além de os resultados se voltarem para as práticas, elas também se voltam para os prestadores dos serviços como reforços à qualificação da mão de obra.

Deste modo, reforçam-se as propostas de autores como Contandriopoulos (2006), Felisberto (2004) e Hartz, Felisberto e Silva (2008) sobre a institucionalização da prática avaliativa voltadas para as práticas de saúde e/ou de gestão dos serviços, como uma possibilidade de busca de novos conhecimento e métodos a favor do aprimoramento dos processos de tomada de decisão. Algo que deve ser sublinhado durante a realização de pesquisas avaliativas é a relação mais próxima entre os investigadores e os responsáveis pela tomada de decisão. (VIANA, 2006) Esta aproximação facilita a inclusão dos resultados da avaliação ao cotidiano das práticas, dado que o entendimento do processo avaliativo

e da aplicabilidade de seus resultados permeará a instância de decisão, conferindo mais eficácia ao processo avaliativo.

Tanto o estudo de caso analisado quanto as abordagens metodológicas aqui apresentadas não se esgotam em si mesmas. Fazem-se necessários outros aprofundamentos, principalmente quando estudos do tipo avaliativo apresentam quadros teóricos complexos e que demandam múltiplos olhares do pesquisador.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:* um manual prático. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990a, p. 18.055-9, seção 1.

______. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 1990b, p. 25.694-5, seção 1.

______. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 1993.

______. Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1994.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Enunciado Nº 331, de 11 de setembro de 2000. Contrato de prestação de serviços: Legalidade – Revisão do Enunciado Nº 256. Diário da Justiça [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 2000. Seção 1.

CARMO-NETO, D. Como fazer uma análise de conteúdo. In: ______. *Metodologia cientifica para principiantes.* Salvador: Ed. Universitária Americana, 1993.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais.* 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A-P *et al.* Avaliação em Saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

______. Avaliando a avaliação da institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRESWELL, J. *Projeto de pesquisa:* métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,* v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2011.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2011.

HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V (Org.). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde:* teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber:* manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MELO, C. M. M. *Inovação e gestão pública em saúde: uma análise da perspectiva local.* 2001. 244 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

______. et al. *Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal.* Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2009, 225 f. Relatório Final de Pesquisa Grupo GERIR.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública.* v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

SALVADOR. Ata da 63° sessão ordinária do 4° período legislativo da 13° legislatura da Câmara Municipal de Salvador, realizada em 13 de dezembro de 2000. *Diário Oficial do Legislativo,* Poder Legislativo, Salvador, BA, 21 dez. 2000.

SANTOS, S. S. B. S. *Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família.* 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

TANAKA, O.; MELO, C. M. M. *Avaliação de programas de saúde do adolescente:* um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública,* v. 3, n. 39, p. 507-514, 2005.

VIANA, A.L d'A et al. Pesquisa para tomada de decisão. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 22, Sup. S57-S67, 2006.

WEBER, M. *Ciência e Política:* duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2006.

YIN, R. K. *Estudo de caso:* planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Capítulo IV

ASPECTOS METODOLÓGICOS NA UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO NA PESQUISA AVALIATIVA

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Cristina Maria Meira de Melo

INTRODUÇÃO

Este capítulo discute alguns aspectos metodológicos para a utilização da análise de implantação em pesquisa avaliativa, tomando como base um estudo empírico intitulado *Avaliação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.* (SANTOS, 2006) Considerando o caráter avaliativo do estudo, vale a pena sistematizar alguns aspectos do campo de saber da avaliação em saúde.

Ao analisar a literatura sobre a avaliação no campo da saúde, observa-se que sempre existiram mecanismos de avaliação dos serviços de saúde e da prática médica. Essa era realizada através do uso de estatísticas, acompanhando a tendência da corrente positivista que considerava o não quantificável como não-científico.

Historicamente, os estudos avaliativos utilizavam predominantemente indicadores epidemiológicos, com uma abordagem quantita-

tiva, com o foco no controle dos serviços de saúde. Drumond Junior (2003) afirma que a epidemiologia, ao tentar explicar problemas de saúde através de probabilidades, coaduna-se com o paradigma moderno, sendo que a explicação dos problemas de saúde, dentro de uma perspectiva exclusivamente positivista, não responde à complexidade do quadro sanitário, traduzindo-se em intervenções de baixa eficácia.

A prática de avaliar foi se configurando após a 2ª Guerra Mundial, especialmente nos programas públicos. No entanto, seu foco era a maximização dos recursos, realizando análises de custo-benefício. Ao longo dos anos, este modelo de análise foi tornando-se insuficiente, exigindo a adoção de métodos numa perspectiva multidisciplinar. Na década de 1970, a avaliação toma impulso na saúde, tendo em vista que se tornava indispensável o controle de custos pelo Estado, devido a sua participação no financiamento dos serviços de saúde. (INOJOSA, 1996)

No Brasil, "o controle e avaliação, como espaço de poder exercido pela organização gerenciadora do sistema de saúde, têm sua origem no INAMPS." (INOJOSA, 1996, p. 89) Afirma a autora que o controle era exercido pelo grupo que detinha o poder regulador. Assim, mesmo identificando fraudes que sugeriam a necessidade de nova regulamentação, permaneciam vigentes as mesmas normas. Neste contexto, a avaliação não se constituía em um instrumento de mudanças, e sim para manter a situação favorável aos detentores do poder. O Estado regulava a prestação de serviços de assistência médica, chegando a financiar a rede privada para depois comprar os serviços oferecidos por esta. O controle era desenvolvido de forma cartorial, voltado para a execução de procedimentos. (INOJOSA, 1996)

Com os avanços obtidos pelo movimento de Reforma Sanitária, em que se pretendia superar a dicotomia existente entre ações preventivas e curativas, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a necessidade de mudar o enfoque da avaliação, que passou a priorizar a avaliação dos resultados.

As avaliações começaram a ser desenvolvidas de forma pontual, fragmentada, não buscando relacionar os efeitos das ações geradas pelo sistema de saúde na qualidade de vida dos usuários e dos trabalhadores. A necessidade de se realizar avaliações, ainda que definida na Lei Orgânica da Saúde, conforme asseveram Silva e Formigli (1994), apesar de ser muito lembrada, é pouco praticada, e, quando realizada, não é divulgada e dificilmente utilizada para a tomada de decisão.

Ainda que o governo federal estabeleça instrumentos normativos para a avaliação, acaba por limitar esta avaliação ao cumprimento de metas relativas à assistência à saúde, enfatizando a dimensão administrativa e excluindo a dimensão técnica e política.

Figueiredo e Tanaka (1996, p. 100) referem que a avaliação, quando realizada, deve ser necessária, útil e exata:

> Necessária, para reordenar o Sistema de Saúde atual e construir em processos os atos de medir, comparar e emitir juízo de valor em cada espaço institucional. Útil, para fundamentar a tomada de decisão, como parte de uma política descentralizada e hierarquizada, e articular as ações de assistência para que cheguem aos usuários. Deve ser exata como a maquinaria de um relógio, oportuna para poder retardar mortes precoces ou doenças evitáveis e articuladas na dimensão técnico-política, para estabelecer uma nova ordem no sistema de saúde.

Existem várias abordagens sobre avaliação, porém não é intenção das autoras referi-las totalmente nesse capítulo. No entanto, não se pode deixar de mencionar a abordagem considerada como uma proposta bem sucedida de avaliação. Trata-se da sistematização da avaliação no campo da saúde, que tem como idealizador Avedis Donabedian, assentada em uma tríade: estrutura, processo e resultado.

O estudo da estrutura avalia quantos e quais são os recursos (humanos e materiais) empregados no desenvolvimento de uma determi-

nada ação. O processo relaciona-se ao que é feito e como é feito nas Organizações para atender as demandas daquela população. Enquanto que o resultado, como o próprio nome já revela, identifica qual o impacto da ação desenvolvida pelo serviço de saúde, sendo este apresentado através de indicadores de saúde (morbidade, mortalidade, entre outros), e pelo grau de satisfação do usuário. Com essa sistematização, outras proposições de avaliação foram criadas, porém agregando a tríade original de Donabedian.

Para Contandriopoulos e outros (2000, p. 29),

> a avaliação pode ser denominada normativa e é considerada como uma atividade que busca julgar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) com os resultados obtidos, coincidindo com a proposição de Donabedian, que estabelece uma correlação em que a estrutura influencia no processo que, por sua vez, influencia nos resultados.

Segundo Bonniol e Vial (2001. p. 23) "a avaliação não se reduz à busca de soluções para resolver os problemas." Afirmam estes autores que, na avaliação, não se trata de encontrar o bom modelo para resolver problemas, e sim articular os modelos existentes, mesmos que sejam contraditórios, caminhando assim para a adoção de uma multirreferencialidade no campo da avaliação, o que implica em analisar o objeto através de uma pluralidade de olhares, contextualizando o fenômeno, captando as suas múltiplas relações e explicações para amplamente apreendê-lo, relacionando-o com o contexto global. (FAGUNDES; FROES BURNHAM, 2001)

Uma distinção pertinente no campo da avaliação faz-se necessária entre a avaliação como instrumento de gestão e a pesquisa avaliativa.

Quanto à primeira, Bonniol e Vial (2001, p. 13) "concebem a avaliação em três formas: a avaliação como medida, dando prioridade aos

produtos; a avaliação como gestão, com ênfase nos procedimentos; e a avaliação como problemática do sentido, focalizando os processos."

Do ponto de vista da pesquisa avaliativa, na concepção de Contandriopoulos e outros (2000, p. 29), essa "consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos." Draibe (2001) assinala, no entanto, que a pesquisa avaliativa pode ser do tipo *ex-ante* e *ex-post*. Para essa autora, a avaliação *ex-ante*, também conhecida como avaliação-diagnóstico, precede o início do programa e é realizada para apoiar decisões finais de formulação. Quanto à avaliação *ex-post*, esta é feita concomitantemente ou após a realização do programa.

A pesquisa avaliativa tem como propriedade considerar a interdependência das variáveis, sua inserção contextual, exigindo multiplicidade de abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em toda sua complexidade. (HARTZ, 2002)

Para Draibe (2001), as pesquisas avaliativas também buscam responder aos objetivos de verificação da eficácia, da eficiência e da efetividade[21]das ações. Para a mesma autora, são esses objetivos que fazem da pesquisa de avaliação de políticas públicas uma pesquisa interessada (*policy oriented*) que busca detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração dos programas, para contribuir no processo de implementação e do desempenho da política, serviço ou atividade.

De qualquer modo, é importante destacar que nenhuma avaliação é neutra ou inócua. A avaliação não é um processo autolimitado; não é, portanto, desprovida de intencionalidade. A avaliação carrega em si um componente político muito forte, pois, a depender do que se está avaliando e de quem avalia, os resultados da avaliação poderão ser interpretados e divulgados de diferentes maneiras.

[1] A avaliação de eficácia é por natureza de processo e diz respeito à relação entre os resultados atingidos em menor tempo, menor custo e com mais alta qualidade. A eficiência refere-se à relação entre custo-beneficio a partir de normas ou parâmetros. A efetividade diz respeito à relação entre objetivos e metas, de um lado, e impactos e efeitos, de outro, ou seja, a efetividade significa as quantidades e/ou níveis de qualidade com que se alcançam os impactos esperados e promove os efeitos esperados ou não. (DRAIBE, 2001)

O modelo da caixa preta, por exemplo, utilizado frequentemente nas avaliações normativas, trata a intervenção de forma dicotômica, ou seja, quanto a sua existência ou não existência. (DENIS; CHAMPAGNE, 2002) Essa não sofre influência do meio externo, não sendo especificados os processos envolvidos na produção das mudanças observadas. É um modelo fechado, pois analisa os efeitos sem os relacionar com os fatores que influenciaram nos resultados.

Já a análise de implantação difere do modelo da caixa-preta, pois busca entender as condições da implantação das intervenções, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação, e esses fatores devem ser percebidos em toda a sua subjetividade. Assim, a análise de implantação consiste não só em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, como também em verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está sendo implantada.

Para realizar a análise de implantação, definindo a influência do contexto nos efeitos produzidos, faz-se necessária, a partir das teorias das organizações, a adoção de um determinado modelo. Dentre os modelos existentes na análise de implantação (modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e modelo político) a sistematização baseia-se em alguns aspectos metodológicos a partir do modelo político, o qual foi desenvolvido no estudo de Santos (2006), já referido.

Para o entendimento desse modelo de avaliação, faz-se necessário explicitar o que é política. Apesar da polissemia conceitual quanto ao termo, entende-se que política envolve o exercício do poder e as consequências emanadas por esse exercício. (RIBEIRO, 1998) Acrescenta-se a essa definição que política implica a adoção de uma série de decisões ou de não-decisões, que vão gerar ação ou inação dos diversos atores sociais, ou seja, a ação ou a falta de ação pode ser resultado do jogo de poder entre grupos e pessoas inseridas no contexto.

Para fundamentar tais definições, vale destacar as inferências do Gapi-Unicamp (2002, p. 3), conforme apresentado a seguir:

- Existe distinção entre política e decisão, ou seja, a política é gerada por uma série de decisões inter-relacionadas, mais ou menos conscientes dos diversos atores sociais, e não apenas por tomadores de decisões;
- Deve-se levar em conta a diferença entre política e administração;
- Política envolve intenções e comportamentos;
- A ação política pode ocasionar impactos não esperados;
- Os propósitos da ação política podem ser estabelecidos *ex post*;
- A ação política envolve múltiplos atores.

Através do modelo político, é possível avaliar qual suporte é dado à intervenção pelos seus agentes; se esses agentes estão aptos a operacionalizar com eficácia a intervenção; se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 2002). Ao adotar o modelo político da avaliação, na referida pesquisa foi possível fazer emergir aspectos ocultos da implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica (VE), que poderá redirecionar este processo e/ou validar a sua importância.

METODOLOGIA UTILIZADA NA INVESTIGAÇÃO

O estudo intitulado *Avaliação da Descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família* (SANTOS, 2006), tomado como base para discussão dos aspectos metodológicos para a utilização da análise de implantação, ao adotar a abordagem qualitativa, reconhece que o objeto da pesquisa é de natureza subjetiva. É também reconhecida, em estudos como este, a não neutralidade do investigador, e a impossibilidade de generalizar os seus resultados e de replicá-lo,

uma vez que na pesquisa qualitativa não existem verdades universais e absolutas.

É uma pesquisa avaliativa que, como define Contandriopoulos e outros (2000), é um procedimento que permite fazer julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos. É importante destacar que o fenômeno investigado acontece simultaneamente ao desenvolvimento da própria pesquisa, que busca responder à pergunta – como ocorre a implantação da descentralização da VE para as equipes de saúde da família (ESF) num município da Bahia? – através de um estudo de caso.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa apropriada quando a questão de estudo é do tipo como e por quê. Para Laville e Dionne (1999), a grande vantagem desta estratégia é a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, permitindo ao pesquisador ser criativo e imaginativo, podendo explorar elementos que necessariamente não estavam previstos no início da investigação.

Em decorrência do objeto de estudo, selecionamos a análise de implantação, como antes explicitado, pois, segundo Denis e Champagne (2002), esse tipo de análise demonstra a conjuntura de fatores que influenciam os resultados obtidos após a implantação de uma intervenção. Assim, foram trabalhados dois componentes: análise dos determinantes contextuais e análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados neste processo. Esta escolha deve-se ao fato de que, para avaliar a implantação da descentralização da VE para as ESF, faz-se necessário compreender em qual contexto este processo ocorre, pois se entende que a implantação da descentralização se encontra diretamente ligada ao modelo do sistema organizacional do município.

Como se trata de um estudo de caso, foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família desse município, baseada em critérios que

foram estabelecidos antes do início do trabalho de campo: maior tempo de implantação das ações de vigilância epidemiológica; menor rotatividade de profissionais na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF); melhor organização interna da unidade, ou seja, existência de uma articulação entre os trabalhadores de saúde no processo gerencial da unidade.

Como se analisou a implantação da descentralização da VE para as ESF, observando os diversos elementos de explicação do fenômeno e relacionando-o dentro do contexto organizacional, os atores da pesquisa foram assim agrupados: Grupo 1: Trabalhadores da Equipe Saúde da Família: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS); Grupo 2: Gestores da Secretaria Municipal da Saúde: ex-secretária (gestão 2001-2004) e atual secretária municipal da saúde, chefe da divisão de VE, chefe da divisão da atenção básica, coordenadores do programa de controle da hanseníase, tuberculose e do PSF. Os coordenadores dos programas de controle da hanseníase e tuberculose foram selecionados no momento exploratório pela constante citação desses agravos durante as entrevistas (Quadro 1).

Quadro 1 - Número de participantes do estudo segundo grupo de atores. Feira de Santana/BA, 2005

GRUPO	CATEGORIA PROFISSIONAL/ FUNÇÃO	NÚMERO DE ATORES
Grupo 1 Trabalhadores da Equipe Saúde da Família	Enfermeira	01
	Médica	01
	Auxiliar de Enfermagem	01
	ACS	01

GRUPO	CATEGORIA PROFISSIONAL/ FUNÇÃO	NÚMERO DE ATORES
Grupo 2 Gestores da Secretaria Municipal da Saúde	Enfermeira/Secretária Municipal de Saúde	01
	Bióloga / Chefe da Divisão de VE	01
	Enfermeira/Chefe da Divisão da atenção básica	01
	Enfermeira/Coordenadora do Programa de Hanseníase	01
	Enfermeira/Coordenadora do Programa de Tuberculose	01
	TOTAL	09

Os trabalhadores da saúde foram selecionados segundo a categoria profissional. Como só existia um médico e uma enfermeira na equipe, esses foram escolhidos intencionalmente. Quanto ao auxiliar e ao agente comunitário, foram selecionados aqueles que tinham maior tempo de trabalho na unidade de saúde. No que diz respeito aos gestores, foram entrevistados aqueles que participaram e/ou participam do processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.

Através das falas destes atores, foram identificadas e analisadas se as estratégias utilizadas facilitam ou dificultam a implantação da descentralização da VE e como esses trabalhadores avaliam o processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.

Para a coleta de dados primários, utilizou-se da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas conforme roteiro com a utilização de gravador, após a aceitação do informante. Para o grupo de trabalhadores, buscaram-se as concepções sobre VE, as facilidades na realização do seu trabalho na VE e a avaliação sobre as atividades de VE realizadas pela sua equipe. Para o grupo de gestores, além das concepções sobre a VE, representavam, através dos discursos, as facili-

dades da implantação da descentralização da VE para as ESF e avaliavam o processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.

Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos, tais como: Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Relatório de Atividades das ESF, Relatórios da VE e Boletins Epidemiológicos. Foram destacados, para efeito de análise, apenas os documentos que faziam referência à descentralização e aos temas centrais do estudo.

Tais fontes de informação, como assevera Yin (2005), foram úteis para corroborar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas.

ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

Analisando-se os dados empíricos, mediante leitura exaustiva e repetida das entrevistas, surgiram cinco temas relevantes e que estavam relacionados ao contexto da implantação da descentralização da VE para as ESF.

Para a análise dos achados, utilizamos a técnica de análise temática, com base nos fatores definidos pelo modelo político assumido pela análise de implantação. Também foi utilizada a técnica de análise de avaliação (BARDIN, 1977), adaptada por Melo (2001), que permitiu analisar as representações dos atores da pesquisa na emissão de enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização das ações de VE para as ESF.

O primeiro movimento de análise foi efetuado a partir dos dados extraídos das entrevistas, relacionando-os com o contexto organizacional. Buscou-se perceber, através das falas dos entrevistados, o grau de adesão à implantação da descentralização da VE para as ESF.

Assim, com base em Melo (2001), foi operacionalizada a análise dos achados da seguinte forma:

- Leitura geral e exaustiva de todo material coletado nas entrevistas, procurando já neste momento realizar uma primeira categorização;

- Processamento dos achados, relacionando-os com as unidades de análise e com as unidades temáticas (tema central);

- Análise das enunciações avaliativas, que consiste em identificar juízos de valor dos atores em relação à implantação da descentralização de VE para as ESF. Nesta etapa, foram classificadas as enunciações como positiva ou negativa para o processo da descentralização;

- Elaboração de três quadros esquemáticos: o primeiro, representando as concepções dos atores da pesquisa com relação à VE; o segundo, representando os determinantes contextuais no processo de implantação de VE para as ESF e a influência da descentralização na organização da Unidade de Saúde da Família; e, por último, a análise avaliativa da descentralização de VE para as ESF.

Quadros esquemáticos para análise dos achados

Quadro 2 - Concepções dos atores da pesquisa com relação à Vigilância Epidemiológica

Tema Central	Como é descrito	Termo destacado	Ator

Quadro 3 - Determinantes contextuais no processo de implantação da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor atribuído em relação ao processo da descentralização

Quadro 4 - Enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.

Ator	Como é descrita	Termo Avaliativo	Resultado da avaliação

A partir da organização dos quadros esquemáticos, foi possível identificar a categoria empírica central, a implantação da descentralização da VE para a ESF, sendo retratada em duas subcategorias:

- As concepções sobre a Vigilância Epidemiológica;
- O contexto da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família.

O segundo movimento foi realizado após revisão e análise dos documentos, destacando-se algumas variáveis relativas à estrutura organizacional e administrativa: capacitação de recursos humanos, diretrizes prioritárias estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e grau de implantação segundo os relatórios de gestão. Para análise dos documentos, foi elaborada uma matriz de pré-análise, sendo destacados nesta pesquisa aqueles que faziam referência à descentralização (Quadro 5).

CATEGORIA DE ANÁLISE: DESCENTRALIZAÇÃO

TEMA CENTRAL: CAPACITAÇÃO

Quadro 5 - Matriz de análise dos documentos da Secretaria Municipal da Saúde

TIPO DE DOCUMENTO/ ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?
Relatório Anual da Divisão de Vigilância Epidemiológica / 2001	Divisão de VE/ Secretaria Municipal da Saúde	Planejamen--to para 2002 (p. 16)	Descentralizar as investigações epidemiológicas para as ESF, atendimento antirrábico; implantar postos de coleta nas ESF. Como estratégia, estabelece-se as capacitações.	A descentralização é percebida como uma estratégia para implementar as ações de notificação, investigação, educação, permitindo um monitoramento dos agravos de relevância epidemiológica.
Relatório Anual da Divisão de Vigilância Epidemiológica/ 2001	Divisão de VE	Descentra-lização de algumas ações de VE para o nível local (p. 4)	A descentraliza-ção das ações deve ocorrer inicialmente para as equipes do Programa Saúde da Família, através de um processo continuo de capacitação. Definem-se as ações das ESF: notificação, investigação de agravos, vaci-nação, bloqueio vacinal, coleta de material para exames, educação em saúde.	A descentralização das ações de VE para o âmbito local é uma possibilidade de avançar no desenvolvimento das ações e favorece a agilidade do fluxo das informações e a adoção de medidas efetivas de controle.

TIPO DE DOCUMENTO/ ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde	Descentra-lização das ações de tuberculose para as ESF (p. 38 e 39)	Capacitação em tuberculose para os membros das ESF, com um total de 44 participan-tes.	Implementação do tratamento supervisionado ao portador de tuberculose.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Muni-cipal da Saúde	Descentra-lização das ações de controle da hanseníase para as ESF (p. 41)	Capacitação em hanseníase para médicos e enfermeiros.	Estratégia para implementar as ações de controle da doença.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde /DVE.	Descentra--lização das ações de controle das doenças exantemáti-cas (p.42)	Capacitação dos membros das ESF.	Permite a ampliação das fontes de notificação, agilidade entre o tempo da notificação, investigação e realização de bloqueios.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal da Saúde /DVE.	Descentra-lização das ações de controle das Hepatites Virais, Den-gue, Raiva, DST e AIDS (p. 45, 50, 54)	Capacitação dos membros das ESF.	Implementar as ações de controle destes agravos.

Estabeleceu-se uma relação entre o material coletado nas entrevistas e nos documentos, identificando as divergências e convergências enunciadas pelos atores envolvidos nesta pesquisa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: O CASO ESTUDADO

O estudo foi realizado no segundo maior município do estado da Bahia, o qual assume as ações de VE no ano de 1993, com a criação da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal da Saúde. Vale destacar que essas ações eram de competência da 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), órgão ligado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que tem como responsabilidade prestar apoio técnico a 26 municípios da Região. Através da Divisão de Controle Epidemiológico, iniciou-se em 2001 a implantação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família. (BAHIA, 2001)

O município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde março de 2004. Dispõe de 72 Equipes de Saúde da Família, sendo que 19 equipes estão localizadas na zona rural e 53 na zona urbana, com cobertura de 50% do total do município.

A Vigilância Epidemiológica foi implantada no município em 1993, atendendo o disposto na Lei Orgânica de Saúde (CERQUEIRA et al., 2003) que, no Artigo 18, define o que compete à direção municipal do SUS: executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.

O governo municipal (BAHIA, 2001) estabeleceu, através do Decreto nº 6763 de 11 de dezembro de 2003, o regimento interno da Secretaria Municipal da Saúde, onde as ações de vigilância epidemiológica ficam sob a responsabilidade da Divisão de Controle Epidemiológico, subordinada ao Departamento de Atenção à Saúde. A competência definida para a Divisão de Controle Epidemiológico é analisar e acompa-

nhar o comportamento das doenças e agravos no âmbito do município, e promover a articulação com as unidades de saúde para realizar notificação e investigação de doenças e agravos.

Como se trata de um estudo de caso, foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família desse município implantada em 25 de maio de 2002. A Equipe de Saúde da Família tem sob a sua responsabilidade sete microáreas, com 883 famílias. A escolha dessa unidade, para realizar o estudo de caso, está baseada em critérios estabelecidos antes do início do trabalho de campo e já mencionados anteriormente.

ANÁLISE DOS ACHADOS: CONCEPÇÕES E OS DETERMINANTES CONTEXTUAIS NA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMILÓGICA

A Vigilância Epidemiológica, conforme os depoimentos analisados, é concebida dentro de três eixos: como uma ação de poder de polícia médica ou voltada para o controle de doenças transmissíveis, e episodicamente atuando como uma vigilância que acompanhe, além dos agravos, os fatores condicionantes e determinantes do estado de saúde da população.

A VE concebida como Poder de Polícia Médica – o traço marcante desta concepção de vigilância epidemiológica é o controle da vida do indivíduo e da família, inclusive suas práticas cotidianas mais íntimas, em nome do bem estar da comunidade. (FOUCAULT, 1998) Tomando por base os depoimentos de alguns atores da pesquisa, é possível inferir que as práticas de VE no município não refletem uma concepção ampliada de vigilância e suas ações são focadas para a obtenção de um comportamento dócil de pessoas às normas e procedimentos.

Quadro 6 - Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo o ator

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	TERMO DESTACADO	ATOR
Poder de polícia	Vigilância epidemiológica é [...] se começa principalmente através de uma investigação, de uma denúncia, onde o profissional atuante do agravo, ele vai para o local detectar se realmente existe [...] suspeitas de alguns agravos [...].	Denúncia Profissional atuante sobre o agravo	Gestor
	[...] Por exemplo, essa semana a gente identificou um de tuberculose, uma suspeita, pediu os exames, foi confirmado. A gente encaminhou para o setor de tratamento. Ele tá em tratamento. [...] como eu tava falando, tá atrás do Agente de Saúde para ficar ali colado na família, pra poder fazer com que todos façam o tratamento. [...] achar a família para poder tratar todos os casos, fazer com que [...] orientações, né, para que eles tomem atitudes como lavar as mãos, tomar banho, essas coisas assim de prevenção, pra poder não ocorrer mais.	Ação de controle sobre o Agente de Saúde Vigilância sobre a família para que todos se tratem Busca da família para tratamento Imposição de medidas consideradas preventivas	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário) Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)

A VE centrada na doença, a segunda concepção expressa por alguns atores do caso estudado, direciona-se para o controle das doenças transmissíveis, em consonância com o modelo hegemônico da atenção, o biomédico, centrado no saber clínico. Privilegia a atenção às pessoas, independente dos determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença. A responsabilidade de adoecer ou não adoecer é atribuída ao usuário. A doença é vista como um fenômeno individual, não se estabelecendo nenhuma relação com as condições de vida e de saúde da população local.

Quadro 7a - Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo o ator

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	TERMO DESTACADO	ATOR
Dificuldade da ação imputada ao usuário	A gente tem muita dificuldade [...], principalmente quando a gente precisa adotar uma terapêutica, de ter a adesão do paciente. Então, por exemplo, da parasitose, a pessoa tem preguiça de tomar o remédio, da tuberculose. A pessoa não quer fazer o tratamento durante os seis meses.	A pessoa tem preguiça de tomar o remédio A pessoa não quer fazer o tratamento	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)
	A gente chega a encontrar pessoas aqui que a gente pergunta, que tem cinco casos de parasitose na família, pergunta como é a água de vocês, como é que vocês tratam a água? – "Gelada!". Como se gelar fosse tratamento. A gente tem essas dificuldades, assim, mais educacionais né? E também ambiental e de aderência ao tratamento.	Dificuldades em aderir ao tratamento pelo usuário	Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)

Por fim, a vigilância epidemiológica centrada em riscos e danos. A concepção de VE voltada para o controle das condições de vida e de seus determinantes ambientais foi identificada episodicamente. Esta concepção amplia a capacidade de intervenção dos profissionais e trabalhadores do SUS. Contudo, no caso estudado, apenas os gestores percebem a VE centrada na identificação de riscos e danos, porém não expressam a sua utilização na adoção de estratégias de ação que possam reduzir os danos à saúde da população.

Quadro 7b - Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo o ator

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	TERMOS DESTACADOS	ATOR
Riscos e danos	Vigilância epidemiológica é você identificar os fatores de risco de determinado agravo, buscar as ações e as medidas de controle pra aquele agravo e identificar fatores de risco que venha favorecer a... e desencadear vários outros agravos.	Identificar fatores de risco	Gestor
	A vigilância epidemiológica [...] está inserida na vigilância à saúde. E ela [...] tem como objetivo reduzir os agravos e danos à saúde da população.	Redução de agravos e danos	Gestor

Ao analisar os dados empíricos, mediante leitura exaustiva e repetida das entrevistas, surgiram cinco temas relevantes e que estão relacionados ao contexto da implantação da descentralização da VE para as ESF no município de Feira de Santana. São eles:

- Planejamento;
- Capacitação de Recursos Humanos;
- Organização do Processo de Trabalho;
- Articulação Intrainstitucional;
- Organização da Unidade de Saúde da Família.

A partir daí, foram elaborados quadros esquemáticos que apresentam o tema central, segundo a descrição do ator da pesquisa, atribuindo a eles um valor positivo ou negativo para o processo de implantação da descentralização. O quadro 2 apresenta a atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a ESF relacionado ao tema planejamento.

Quadro 8 - Atribuição de valor ao processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família relacionado ao tema planejamento, segundo ator. Feira de Santana/BA, 2005

TEMA CENTRAL	COMO É DESCRITO	ATOR	VALOR PARA O PROCESSO DA DESCENTRALIZAÇÃO
Planejamento	Sabemos da grande importância de ter definido esse perfil epidemiológico da cidade, dos municípios, dos estados, porque assim, com certeza, em nível da esfera maior, poderão ser traçadas medidas de controle que venham realmente atingir 100% da população.	Gestor	Negativo: planejamento a partir do perfil epidemiológico atribuído à esfera central
	A descentralização da VE se deu de acordo com as necessidades. Então os problemas... os problemas de saúde iam acontecendo em cada área de abrangência do PACS ou do PSF e a... o setor de VE da Secretaria Municipal de Saúde que fazia a... como é... que fazia as investigações epidemiológicas [...].	Gestor	Negativo: falta de planejamento; ações pontuais para responder às necessidades imediatas

Ao analisar as falas dos entrevistados, registradas no quadro acima, emerge com força a ideia de planejamento centralizado, contrariando a lógica da descentralização, em que as ações devem ser planejadas em cada âmbito do sistema, com correspondente poder decisório.

Isto provoca uma reflexão, tendo em vista que a ideia do planejamento emerge somente dos gestores, numa concepção centralizada e pontual. Os trabalhadores da saúde não relatam participação no planejamento, o que pode indicar que o sujeito que faz a ação não planeja a mesma. Verifica-se um paradoxo nos discursos dos entrevistados, pois, ao mesmo tempo em que reforçam a centralização do planejamento, defendem a descentralização da VE.

No quadro 3, apresentam-se as enunciações avaliativas dos atores da pesquisa quanto à implantação da descentralização da VE para a ESF, colocando como objeto de avaliação a capacidade de intervenção da VE.

Quadro 9 - Enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização de Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família, segundo ator .

ATOR	COMO É DESCRITA	TERMO AVALIATIVO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO
Gestor	Temos alcançado avanços nesse processo e temos também retrocedido em alguns aspectos. Esses avanços, a gente considera muito pontuais e favoráveis porque são os avanços que a gente vê, resultados favoráveis nos indicadores das doenças especificas [...] como no programa de tuberculose que a gente começou a descentralizar visando atingir os indicadores pactuados na PPI.	Avanços pontuais Retrocesso	Desempenho positivo Desempenho negativo
Gestor	Facilidade que eu vejo é a gente levar o tratamento pra próximo do doente, porque a maioria da população é de poder aquisitivo baixo. Então, ela não tem como estar se deslocando.	Facilidade Tratamento próximo ao doente	Qualidade positiva Desempenho positivo
Trabalhador da Saúde (Nível Médio)	Os casos que até aqui nós conseguimos detectar na área, como alguns que já tivemos de hanseníase e tuberculose, nós temos conseguido tratar sem dificuldades.	Detecção de casos na área Tratamento sem dificuldades	Desempenho positivo
Gestor	Nós temos visto os resultados positivos, visto que as ações que nós descobrimos são imediatas. Se nós não tivéssemos essa descentralização, com certeza os agravos chegariam para nós de uma maneira mais demorada e assim, claro, as ações de controle também teriam um retorno mais demorado.	Resultados positivos Ação imediata	Desempenho positivo

ATOR	COMO É DESCRITA	TERMO AVALIATIVO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO
Trabalhador da Saúde (Grau Universitário)	Eu acho que são satisfatórias (refere-se às ações de VE). Embora, assim, fique muito limitado ao âmbito da unidade mesmo, né?	Satisfatória Muito limitada ao âmbito da unidade	Qualidade positiva Desempenho negativo
Gestor	Eu acredito que cada vez mais nós estamos vendo crescer as ações de vigilância dessas equipes.	Crescer o número de intervenções da equipe	Desempenho positivo

OBJETO DA AVALIAÇÃO: CAPACIDADE DE INTERVENÇÃO

No balanço final da avaliação enunciada pelos atores da pesquisa quanto à capacidade de intervenção, confirma-se um desempenho positivo (Quadro 9). Observa-se, no entanto, que o desempenho positivo encontra-se relacionado, sobretudo, à detecção da doença e à adoção de medidas de controle, o que reforça a análise anterior da existência de uma prática fragmentada na ESF e de uma concepção de VE voltada para o controle das doenças transmissíveis.

Comparando a avaliação feita pelos atores deste estudo aos resultados apresentados na análise documental, pode-se afirmar que houve melhora em alguns indicadores de saúde. Este exemplo demonstra que a implantação da descentralização da VE para as ESF traz resultados positivos nos indicadores de saúde. Contudo, não basta apenas a vontade e o compromisso de alguns atores, é necessário, sobretudo, o estabelecimento de um projeto político, em que a descentralização da VE seja uma diretriz da Secretaria Municipal de Saúde, e não apenas um projeto de alguns trabalhadores.

Ainda que declarado um aparente apoio a esta intervenção, tendo em vista que os discursos tanto dos trabalhadores da saúde quanto dos gestores apontam como favoráveis à descentralização da VE, as estratégias que foram e estão sendo utilizadas não contribuíram para que esta ocorra efetivamente, caracterizando-se muito mais como uma

desconcentração de atividades. Portanto, a implantação da descentralização da VE para a ESF representa não somente uma questão técnica e administrativa, como também uma questão conceitual e política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise adotada neste estudo permitiu avaliar como ocorre a descentralização da vigilância epidemiológica para a ESF, respondendo à pergunta da pesquisa, como também contemplou uma realidade que não pode ser somente quantificada, considerando que os atores são portadores de subjetividades, e estão inseridos dentro de um contexto histórico e socialmente construídos.

A utilização da análise de implantação, nesta pesquisa avaliativa, permitiu atingir o seu objetivo geral, que é avaliar a descentralização da VE para a ESF; dos seus objetivos específicos, como analisar a influência da descentralização da VE na organização da Unidade de Saúde da Família, e identificar os determinantes contextuais no processo de implantação da descentralização. A adoção da análise de implantação permitiu também que a avaliação sobre o fenômeno estudado se expressasse de modo ampliado e profundo, revelando aspectos não esperados e nuances particulares do contexto local. Revela-se, assim, particularmente útil pela diversidade de aspectos que emergem da análise, permitindo que os resultados da pesquisa possam ser úteis tanto para o redirecionamento do processo de gestão como para melhor analisar fenômenos complexos, como é o caso do objeto estudado.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. *Relatório de gestão 2001.* Feira de Santana, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 1990, seção 1.

BONNIOL, J-J; VIAL, M. *Modelos de avaliação:* textos fundamentais. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BOSI, ML. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde.* Petrópolis: Vozes, 2004.

CERQUEIRA, E. M. et al. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do sistema de saúde em Feira de Santana-Ba. Epidemiologia e serviços de saúde. *Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.* Brasília, v. 12, n. 4, p. 213-223, 2003. Disponível em: <http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742003000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 29 jul. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 29-47.

DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais a pratica na análise da implantação de programa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 49-88.

DRAIBE, S. Avaliação de programas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; BRANT de CARVALHO, M. C. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais.* São Paulo: IEE; PUC, 2001. p. 165-181.

DRUMMOND JR, M. *Epidemiologia nos municípios:* muito além das normas. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FAGUNDES, N. C.; FROES BURNHAM, T. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. *Revista da FACED,* n. 5, p. 39-55, 2001. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1386/1/2013.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2011.

FIGUEREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Cadernos Fundap.* São Paulo, p. 98-105, 1996. Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/A%20AVALIACAO%20NO%20SUS%20COMO%20ESTRATEGIA%20DE%20REORDENACAO%20DA%20SAUDE.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2011

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GAPI-UNICAMP. *Metodologia de análise de políticas públicas.* São Paulo, 2002. 50 p. Disponível em: <http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>. Acesso em: 01 ago 2011

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais a pratica na análise da implantação de programa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 12-27.

INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? *Cadernos Fundap,* p. 88- 97, São Paulo, 1996. Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/AVALIACAO%20E%20CONTROLE%20DO%20SUS%20MUDAM-SE%20AS%20PRATICAS¿.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber:* manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MELO, C. M. M. *Inovação e gestão pública em saúde:* uma análise da perspectiva local. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MERCARDO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BONNIOL, J. J.; VIAL, M. *Modelos de avaliação:* textos fundamentais. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RIBEIRO, J. U. *Política:* quem manda, por que manda e como manda. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

SANTOS, S. S. B. S. *Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família.* 2006. 130 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública.* Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

TANAKA, O.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente:* um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

YIN, R. K. *Estudo de caso:* planejamento e métodos. 3. ed. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Capítulo V

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA[1]

Nilza A.Tuler Sobral
Sandra Maria Chaves dos Santos

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico tem se alterado profundamente no mundo, configurando uma transição epidemiológica. A mesma pode ser entendida pelas complexas mudanças nos padrões de saúde e doença e as suas interações com os padrões demográficos, sociológicos e econômicos. (OMRAN, 2005) Tais interações colocaram as intervenções voltadas ao controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no topo da agenda de saúde, ainda que, no Brasil, esta situação se apresenta sem o controle efetivo das doenças infecciosas. (BATISTA FILHO; RISSIM, 2003)

1 Pesquisa financiada pelo CNPq.

São variadas as causas das mudanças observadas. Garcia (2003) aponta as novas demandas geradas pelo modo de vida urbana ao comensal, mostrando que, com isso, impõe-se o reequacionamento de sua vida segundo as condições das quais dispõe, como tempo, recursos financeiros, locais disponíveis para se alimentar, local e periodicidade das compras, e outras. As soluções, segundo essa autora, "são capitalizadas pela indústria e pelo comércio, apresentando alternativas adaptadas às condições urbanas e delineando novas modalidades no modo de comer, o que certamente contribui para mudanças no consumo." (GARCIA, 2003, p. 484)

Em face dessa situação, Boog (1999) indica a necessidade de ações públicas dirigidas ao controle deste quadro, com lugar de destaque para as ações de educação em alimentação e nutrição que alcancem de modo eficaz todos os extratos econômicos da população. O mesmo é defendido também por Mondini e Monteiro (1997), que concluem sobre a necessidade de as autoridades sanitárias darem prioridade crescente à relação dieta-saúde, implementando medidas que visem a sensibilização da população para o problema.

O documento Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde (EGA), aprovado na 57ª Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 2004, é um marco para a orientação dos países na direção da prevenção e do controle integrado das DCNTs. Para alcance de seus objetivos, o referido documento elege a promoção de práticas alimentares saudáveis como a principal estratégia. (CGPAN, 2004)

As atividades educativas são, portanto, importantes ferramentas neste processo, e a escola é apontada como espaço privilegiado para a realização de programas de formação em alimentação e nutrição, pela possibilidade de introdução do tema na formação dos escolares. Recentemente, em 2006, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançaram a Portaria Interministerial 1010, instituindo diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil,

fundamental e nível médio das redes públicas e privadas. Dentre estas se destaca a incorporação do tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, de forma transversal a todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares. (BRASIL, 2006) A escola é, ainda, o *lócus* do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que tem função estratégica na promoção da saúde dos escolares. (FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO, 2007)

Diante destas evidências, observa-se uma renovação da importância da educação alimentar e nutricional no campo da promoção da saúde. No entanto, esses programas foram e são questionados em sua condição de promover mudanças nas práticas alimentares, tendo em vista, entre outros, a natureza prescritiva com a qual foram tradicionalmente identificados. Questionam-se também as formas de avaliação dos programas realizados. Os métodos para avaliação da apreensão do conhecimento e sua desejada tradução em práticas necessitam maior investigação.

Considerando-se, de uma parte, a ênfase que vem sendo dada a programas de educação alimentar e nutricional, particularmente no ambiente escolar, e de outra parte a existência de limites nas avaliações dos programas realizados, torna-se fundamental desenvolver metodologias para a avaliação da ação educativa neste campo, que mensurem mais do que a aprendizagem de novos conhecimentos, uma vez que os objetivos educativos, neste caso, voltam-se para comportamentos e atitudes.

Desta forma, este capítulo descreve o processo de construção de uma metodologia para a avaliação de programa de formação em alimentação saudável para educadores e apresenta um protocolo de indicadores que pode ser aplicado em diferentes contextos. O objetivo da metodologia proposta vai além do desenvolvimento de uma avaliação do quanto de conhecimento sobre alimentação saudável pode

ser aprendido por participantes de um programa de formação, interessando, particularmente, o quanto pode ser apropriado e multiplicado por estes, e transformado em práticas capazes de modificar, em uma direção mais saudável, o ambiente escolar.

METODOLOGIA

O ponto de partida do trabalho de desenvolvimento de uma metodologia de avaliação é, sem dúvida, a definição do que se entende por avaliação. Neste trabalho, assume-se que a formação se caracteriza como um programa social, o que traz para o debate a possibilidade de se trabalhar com uma conceituação mais abrangente e inovadora da avaliação, a saber:

> [...] avaliação como elaboração, negociação, aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações. (SILVA; BRANDÃO, 2003 apud MINAYO; ASSIS; SOUZA E. R., 2005, p. 23-24)

Quanto ao objeto desta metodologia, este trata de uma *Formação em alimentação saudável para educadores*. Nesta perspectiva, entende-se formação como um processo educativo e contínuo, que compreende a aceitação dos valores atribuídos ao objeto, facilitador da construção de uma competência técnica e social, que permite ao educando assumir autonomamente e conscientemente comportamentos que promovam práticas alimentares saudáveis, com o objetivo de se apoderar para realizar as transformações que julgue necessárias. Então, concebe-se a formação em alimentação saudável como aquela que promova o desenvolvimento integral do ser humano como cidadão e como agente promotor da alimentação saudável.

Propõe-se, portanto, uma metodologia de avaliação para processos de formação que tenham por imagem-objetivo a provocação de mudanças no plano social, dos valores e das práticas em relação à alimentação e modos de vida saudáveis.

Assim, a avaliação deve ser capaz de mensurar se e como o processo de formação foi capaz de mobilizar as mudanças desejadas e gerar resultados que levem ao aperfeiçoamento dos programas de formação.

Por sua vez, consideram-se como educadores potenciais os atores na promoção da alimentação saudável no ambiente da escola, professores, gestores e merendeiras.

DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO

Considerando-se a complexidade que envolve os processos de formação, o desenvolvimento metodológico desta proposta de avaliação desagregou o conceito da mesma em dimensões. Nestas, integram-se os indicadores com premissas para cada um deles, de forma a tornar inteligíveis os resultados obtidos, conforme apresentado no Quadro 1 (Apêndice 1).

Importa destacar que todos os resultados têm como direção a possibilidade da formação em contribuir para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.

Tendo em vista o entendimento sobre formação que orienta este trabalho, e considerando resultados de estudos sobre o tema, admitiu-se que todo processo de formação busca mudar o nível de apreensão cognitiva dos participantes sobre algo. Portanto, avaliar a dimensão conceitual era fundamental. Desta forma, definiram-se questões relativas à adequação do curso quanto aos novos conhecimentos proporcionados (Quadro 1).

A incorporação de novos conhecimentos a partir de uma formação, por sua vez, guarda estreita relação com aspectos didático-pedagógicos do curso. Isto é, o programa do curso, a qualidade do material

didático e o desempenho dos monitores concorrem para a aprendizagem. Assim, definiu-se uma dimensão didático-pedagógica para o método de avaliação da formação (Quadro 1).

Considerou-se outros aspectos da logística de um curso, como horário, cronograma, local de realização, e outros, qualificados neste método como integrantes de uma dimensão operacional, de forma a possibilitar condições físicas e ambientais que favoreçam a aprendizagem (Quadro 1).

A metodologia desenvolvida preocupou-se em delimitar a dimensão da adesão, voltada para identificar resultados que permitam reconhecer o êxito ou insucesso da formação junto à população-alvo (Quadro 1).

Definiu-se como outro aspecto importante a ser avaliado em uma formação deste tipo a dimensão comportamental. Adotou-se, para tanto, uma metodologia qualitativa, e propôs-se o retorno do avaliador três meses depois de realizada a formação para verificação de mudanças no ambiente escolar, com relação à promoção da alimentação saudável, que pudessem ser imputadas ao curso (Quadro 1).

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES E DOS MEIOS DE VERIFICAÇÃO

No desenvolvimento deste trabalho, preocupou-se com o marco conceitual e estruturante do objeto a avaliar que, na definição de Jannuzzi e Arruda (2004), é a primeira questão a tratar na construção de um sistema de indicadores. Segundo esses autores, o indicador é uma medida, que operacionaliza um determinado conceito, em geral, abstrato.

Acompanhando o raciocínio anterior, a seleção e construção do protocolo de indicadores propostos neste método baseiam-se na elaboração de premissas sobre as dimensões consideradas. Desta forma, para cada dimensão consideraram-se como os resultados obtidos somavam

ou obstavam para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola. Em momento subsequente, foram elaboradas questões para identificar, selecionar e construir os indicadores. (GUIMARÃES et al., 2004)

Pode-se exemplificar o processo de construção deste método com a descrição do indicador composto na dimensão conceitual. O mesmo partiu da seguinte premissa: "A maior satisfação com os conteúdos desenvolvidos, o atendimento das expectativas dos participantes, a incorporação efetiva de novos conhecimentos e que estes sejam compreensíveis, úteis e aplicáveis na vida profissional e pessoal dos participantes, contribuem para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola" (Quadro 1).

Em seguida, foram propostas questões que confirmassem essa afirmação, com o enunciado: "Quanto aos novos conhecimentos proporcionados pelo curso, você diria que: 1. Aprendeu coisas novas no curso; 2. O curso atendeu as suas expectativas em relação ao conteúdo; 3. Os conhecimentos obtidos no curso lhe deixaram satisfeito; 4. Os conhecimentos obtidos foram de fácil entendimento; 5. Os conhecimentos obtidos serão úteis ao seu trabalho na escola; 6. Os conhecimentos obtidos serão aplicáveis ao seu trabalho na escola; 7. Os conhecimentos obtidos serão úteis na sua vida pessoal; e 8. Os conhecimentos obtidos serão aplicáveis na vida pessoal" (Quadro 1).

Outros indicadores foram construídos com esta mesma metodologia, gerando um protocolo com doze indicadores compostos, distribuídos nas cinco dimensões, conforme apresentado no Quadro 1.

Precisou-se também identificar maneiras para a obtenção dos dados necessários ao cálculo dos indicadores. Assim, o método adotou questionários estruturados com questões abertas e fechadas, a ser adaptado de acordo com as especificidades dos grupos participantes.

Além destes instrumentos, o método prevê momentos de escuta aos participantes e elaboração por professores e gestores de projetos

para trabalhar o tema "alimentação saudável na escola". A inclusão da análise de funcionamento destes projetos no método fornece base para verificação da dimensão comportamental, observando o nível de influência do programa no cotidiano dos participantes, depois de decorridos três meses da formação.

PLANOS DE ANÁLISES DOS RESULTADOS

Um protocolo de indicadores só é capaz de realizar um julgamento do fenômeno em estudo a partir da existência de critérios que permitam a avaliadores e avaliados reconhecerem se o alcançado está adequado ou não ao esperado ou desejado. Dessa maneira, cada indicador deve ser acompanhado de seu parâmetro. Mas, em se tratando da avaliação de uma formação em cinco dimensões, importa ter um critério geral que torne compreensível o conjunto dos resultados.

No caso da metodologia proposta, todos os indicadores, de todas as dimensões, em conjunto, devem somar para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola, que seria a imagem-objetivo da formação. Portanto, os valores atribuídos, por pressuposto, estabelecem a distância entre o alcançado e o que seria desejado para realizar a imagem-objetivo.

A escolha do método é de que as perguntas sejam feitas e as respostas sejam medidas utilizando-se uma variação da escala de *Likert*, a saber: concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo totalmente; pontuadas de forma decrescente de 3 até 0.

Na implementação do método, uma vez obtidas as respostas, deve-se contabilizar os pontos máximos possíveis no quesito. Por exemplo, se todos os respondentes "concordarem plenamente" com todas as oito questões do indicador composto na dimensão conceitual, o resultado máximo seria três (o valor da resposta concordo plenamente), multiplicado por oito (número de questões), multiplicado pelo número de respondentes. Este seria o 100% deste indicador. Outros resultados

para o indicador são calculados estabelecendo o percentual alcançado, em relação ao máximo possível. Desta forma, o resultado obtido para qualquer indicador do protocolo pode estar entre 0 e 100%.

Para informar o resultado de cada indicador, recomenda-se adotar uma escala, que tem como melhor resultado possível o 100% dos pontos e como limite inferior o 0%. Esta escala deve ser dividida em quatro intervalos, fazendo corresponder a cada um destes um conceito, a saber: (i) resultados possíveis entre 0 e 50%, insuficiente; maior ou igual a 50% e menor que 75%, regular; (ii) maior ou igual a 75% e menor que 90%, bom; (iii) maior ou igual a 90%, muito bom. Com isto, o protocolo permite reconhecer o desempenho da formação em cada dimensão, e, nestas, os aspectos que mais contribuíram aos resultados finais.

A dimensão comportamental deve ser avaliada de forma qualitativa, não se configurando uma quantificação dos resultados. Neste caso, importa reconhecer se mudanças ocorreram e se estas podem estar relacionadas com a formação recebida.

Em uma avaliação como a pretendida, no entanto, importa também poder ter uma leitura geral dos resultados, considerando os limites que separam a qualidade aceitável da não-aceitável. Arbitrou-se que os resultados podem estar entre 0 e 100% para cada dimensão, e a média geral do percentual das dimensões vai gerar o desempenho global do programa de formação. Definiram-se as medidas de maior ou igual a 90% como um desempenho global muito bom do programa de formação em alimentação saudável, na capacidade de contribuir para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola; nos intervalos de maior ou igual a 75% e menor que 90%, um desempenho global bom; e de maior ou igual a 50% e menor que 75%, regular, podendo ainda ser avaliado como insuficiente quando menor que 50%.

Pela proposta metodológica apresentada, faz-se necessário ainda realizar a análise documental após a conclusão do programa de formação para avaliação da adesão.

REFLEXÕES RELATIVAS À PROPOSTA METODOLÓGICA

Avaliar programas sociais e de saúde, segundo Bosi e Mercado (2006), tem sido cada vez mais frequente e necessário em todo o mundo. Os autores destacam fatores relevantes como a exigência de organismos internacionais por resultados dos programas de ajuda, a necessidade das organizações de exercer a transparência na condução das ações e as exigências das políticas visando legitimar as intervenções estatais. Nestas últimas, ainda se faz necessário justificar os gastos para se evitar os cortes de verbas que ocorrem frequentemente. No campo da saúde, a que se refere este estudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas. (FURTADO, 2001)

Observa-se, neste trabalho, a concordância com essa tendência à institucionalização da avaliação como instrumento para melhorar o sistema de saúde. No entanto, assumindo essa iniciativa, pode-se perceber que ela não está livre de tensões e contradições, por desafiar o sistema atual. Segundo Contandriopoulos (2006), a institucionalização é paradoxal, embora justificada pela suposição de que a informação produzida contribua para racionalizar os processos de decisão. No entanto, observa-se que os diferentes atores que ocupam posições distintas frequentemente não conseguem chegar a um consenso quanto à pertinência dos resultados que a avaliação produz.

A metodologia de avaliação proposta pretende ser sensível a esse conjunto de fatores e a outros que envolvem a apropriação de novos saberes e a conformação de novas práticas sobre um tema, no caso, as práticas alimentares. Estas, sem dúvida, vêm sofrendo enorme influência do que Minayo, Assis e Souza E. R. (2005, p. 15) identificaram como a “entrada de novas instituições na arena da mobilização psíquica da sociedade”, com destaque para os meios de comunicação e de informação que socializam valores alimentares e sobre qualidade de vida

nem sempre compatíveis com os parâmetros defendidos no campo da promoção da saúde.

Assim é que, em estudos realizados junto a adolescentes, Rodrigues e Boog (2006) identificaram que, para aquele grupo, o comer certo muitas vezes é percebido como restrição e anulação do prazer, por implicar em exclusão sumária de um grande número de alimentos que fazem parte da cultura alimentar e da vida social. Ainda segundo as autoras, esses comportamentos são reforçados pela autoridade de profissionais que, desconhecendo outras formas de abordar o problema, repetem o que tradicionalmente lhes foi transmitido, que é a noção de um comer certo e um comer errado. Essas evidências justificam, portanto, um significativo investimento na formação em alimentação saudável.

A socialização de conhecimento em alimentação e nutrição e a transformação destes em prática pela população-alvo necessitam algumas considerações. Conforme discutido por Braga (2004), os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui. O mesmo autor define cultura alimentar como aquilo que dá sentido às escolhas e aos hábitos alimentares: as identidades sociais. Deste modo, práticas alimentares revelam a cultura em que cada um está inserido, visto que comidas são associadas a povos em particular. A observação reforça o argumento de que comer não é apenas uma mera atividade biológica e que ações que pretendem formar neste campo, para promover mudanças em práticas alimentares, devem considerar a comida e o comer como fenômenos sociais e culturais.

Portanto, quando se trata de avaliar comportamento, vê-se que as entrevistas contidas no método podem gerar resultados interessantes, mas, na medida em que são muitas na atualidade, as fontes de informação sobre alimentação e nutrição, parece ser difícil imputar a um curso

isolado os resultados encontrados. Por outro lado, pela mesma razão, podem os respondentes tender a afirmar adoção de comportamentos que julgam positivos e esperados.

Como pode se observar, a inclusão de uma dimensão comportamental configurou-se no maior desafio da proposta metodológica. Ao tratar-se de formação que mobiliza atores no ambiente da escola, na promoção da alimentação saudável, estão em jogo mudanças comportamentais em relação ao tema, na vida pessoal e na forma de trabalhar na escola. Isso implica ir além de medir o cognitivo, para buscar desvendar o quanto o aprendido poderia ou estaria tornando-se ação.

Pode-se buscar referências sobre esse aspecto comportamental em estudo das práticas educativas para prevenção do HIV/AIDS. Fernandes (1994) cita os trabalhos de O'Reilly e Higgins, que dividem a mudança de comportamento em seis estágios: pré-contemplativo com ausência de intenção, contemplativo com intenção em longo prazo, ação iminente com intenção em curto prazo, ação com tentativa, manutenção com mudança em longo prazo e reincidência com o reinício ou estabilização do comportamento.

Na mesma linha de trabalho, Souza e Caulliraux (2002), em estudo da curva de aprendizagem e seus impactos no comportamento humano, demonstraram que ocorre imediatamente após a aquisição dos conhecimentos um decréscimo natural do rendimento e um aumento dos erros em função da aplicação do novo. Os autores, confirmando o estudo anterior, explicitam um período de adaptação e a retomada do domínio após três a seis meses da formação. Este período pode ser estendido ou reduzido, dependendo dos estímulos e do reforço positivo nesta fase. Nesse caso, para verificação comportamental, o autor propõe uma perspectiva qualitativa tanto na coleta dos dados como na análise das respostas.

O período de três meses, proposto pela metodologia deste trabalho, para retorno aos participantes, teve como base a observação des-

sas evidências em que se demonstra a consolidação do comportamento depois de decorrido, no mínimo, esse período da formação. Mesmo assim considera-se que, progressivamente, com a aplicação do protocolo, a mensuração dos resultados da formação nesta dimensão deva ser aperfeiçoada.

A escolha dos atores do processo – a serem avaliados – baseou-se na verificação de que os professores são os responsáveis pelo desenvolvimento do currículo; os gestores, pela responsabilidade na organização do ambiente escolar e como decisores quanto ao processo de fornecimento do benefício alimentar do PNAE; e, as merendeiras, pela execução no preparo das refeições, muitas vezes, orientadas por seus conhecimentos e sua cultura em alimentação e nutrição com relativa autonomia. (SPINELLI; CANESQUI, 2002)

Ao fazer a aplicação do método, sugere-se que, no caso dos professores e gestores, o questionário seja autoaplicável. Porém, no caso das merendeiras, pode-se analisar se haveria diferenças nas respostas caso fossem realizadas entrevistas com o mesmo questionário.

É possível discutir a ausência de indicadores de custo no protocolo apresentado. A intenção inicial foi de estabelecer os tais indicadores, buscando revelar esse aspecto da dimensão operacional. No entanto, as condições de desenvolvimento desta proposta dificultaram esta definição. Porém, alerta-se para que essa limitação do método seja superada em novas experiências, por entender ser esse indicador fundamental na tomada de decisões, como forma de maximizar o alcance e os resultados dos programas de formação.

Destaca-se positivamente a habilidade desta metodologia de representar múltiplos quesitos, selecionados dentro de cada dimensão, em um único indicador. Isto não impede e ainda facilita as verificações em caso de querer saber onde o programa obteve maior sucesso ou fracasso, sem, portanto, gerar excesso de indicadores e consequente excesso de dados a serem coletados. Estes excessos foram descritos como

fatores desmotivadores ao uso de sistemas de indicadores por outros autores, como o utilizado para *benchmarking* na construção civil desenvolvido por Costa e outros (2005).

A opção de adotar a escala de *Likert* se deu pela percepção do relato de Albaum (1997), onde ele demonstra que esta escala pretende medir a direção (Concordo/Discordo) e a intensidade (Totalmente/Parcialmente) da opinião. Isso demonstra uma sensibilidade de fornecer o nível de concordância de cada participante, incentivando a recuperação e integração de informações mais detalhadas de memória. Considerou-se a escolha desta escala mais interessante do que fazer uso de uma avaliação com respostas dicotômicas (Sim/Não).

No entanto, sugere-se que, ao ser aplicada, tenha-se o cuidado de informar aos respondentes os componentes de direção e intensidade pesquisados. Isto evitará que as opiniões caiam em uma avaliação simplista pela subutilização das opções de respostas. Esta providência tem sido usada por pesquisas que, de acordo com o autor citado anteriormente, utilizam-na como um alerta, destacando duas fases de resposta em face da entrevista.

Na medida em que avaliar é atribuir valor, sempre se faz necessário definir os critérios de sucesso, ou de insucesso; portanto, os parâmetros com os quais se avalia. No entanto, a falta de acúmulo de experiências neste campo torna esta tarefa um desafio para os que adentram a este campo. (SANTOS et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2004; PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C.; ASSIS, A. M. O., 2008) No caso desta proposta, assumem-se alguns parâmetros, tendo como direção a criação de um ambiente favorável à alimentação saudável na escola. A expectativa é de que a aplicação do protocolo e o debate dos resultados com os participantes possam colaborar com o aperfeiçoamento destes parâmetros.

Após essas considerações, acredita-se ser esta proposta metodológica passível de ser reproduzida e aplicada em qualquer formação delineada, conforme as definições conceituais apresentadas neste capí-

tulo. Para isso, procurou-se ter clareza na descrição dos passos a serem seguidos. Este instrumental poderá obter sucesso, desde que os cuidados metodológicos sejam adotados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os passos e o produto do processo de construção de uma proposta metodológica para avaliação de cursos de formação em alimentação saudável para educadores. A tarefa justificou-se tendo em vista que, na atualidade, a educação alimentar e nutricional está sendo atribuída à condição de contribuir para a redução da incidência e prevalência de doenças crônicas não--transmissíveis.

Entende-se necessário fazer uso desta avaliação, com o objetivo de responder não só à mensuração e descrição dos resultados, mas também aos aspectos associados à melhoria da aprendizagem nos cursos de formação em alimentação saudável para educadores. Acima de tudo, recomenda-se que estes resultados retornem à sua fonte e sejam debatidos pelos atores do processo, ajustando as medidas a serem tomadas aos reais interesses dos mesmos.

Ao lado do reconhecimento de todos os embates em torno dos fatores culturais que envolvem as práticas alimentares e podem comprometer o êxito dos programas de educação, considera-se importante trazer elementos para o aperfeiçoamento da avaliação do que se faz neste campo.

Como evidenciado ao longo do texto, o processo de elaboração do protocolo de indicadores contemplou muitas decisões e escolhas. Foi preciso definir um conceito de formação e de avaliação que orientasse o trabalho; foi preciso elaborar perguntas orientadoras e formular premissas que dessem conta de tornar inteligíveis os resultados dos indicadores. Indicadores foram propostos, assim como os parâmetros.

Enfim, tratou-se de um processo de construção teórica e metodológica que partiu de perguntas e gerou novas questões, especialmente quanto à forma de mensurar e analisar possíveis mudanças comportamentais em alimentação e nutrição em função do que foi ensinado em um curso, tendo em vista a massificação das informações que circulam atualmente sobre este tema.

Por ser um tema de grande amplitude e dinamismo, não se pretende e nem se considera possível esgotar as possibilidades de apontar indicadores que sejam eficientes neste tipo de avaliação. Permanecerá este estudo, portanto, aberto a continuidades que possam contribuir com metodologias de avaliação mais sensíveis.

REFERÊNCIAS

ALBAUM, G. The Likert scale revisited: an alternate version, (product preference testing). *Journal of the Market Research Society,* v. 39, n. 2, p. 331, 1997. Disponível em: <http://business.nmsu.edu/~mhyman/M610_Articles/Albaum_JMRS_1997.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública,* n. 19, p. 181-191, 2003. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2011.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 15, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600014>. Acesso em: 01 ago. 2011.

BOSI M. L. M.; MERCADO F. J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde:* enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde em Revista,* v. 6, n. 13, p. 37-44, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde e do Trabalho. Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>. Acesso em: 14 ago. 2011.

COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - CGPAN. *Estratégia global em dieta, atividade física e saúde.* 2004, 23 p. Documento eletrônico. Disponível em:

<http://164.41.147.210/opsan/arquivos/documentos_tecnicos/estrategia_global_oms.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva,* n. 11, p. 705-711, 2006.

COSTA, D. B. et al. Desenvolvimento de um sistema de indicadores para Benchmarking na Construção Civil: utilizando uma abordagem de aprendizagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE GESTÃO E ECONOMIA DA CONSTRUÇÃO / ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE GESTÃO E ECONOMIA DA CONSTRUÇÃO, 4., 1., 2005, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: Associação Nacional do Ambiente Construído. 2005.

FERNANDES, J. C. L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 171-180, 1994.

FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAE. Documento eletrônico. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/index.php/programas-alimentacao-escolar>. Acesso em: 14 ago 2011.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 6, n. 1, p.165-181, 2001.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição,* Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, out. / dez., 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732003000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 ago. 2011.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov. / dez. 2004.

JANNUZZI, P. M.; ARRUDA M. R. Sistema de indicadores para acompanhamento da agenda de direitos humanos no Brasil: Apontamentos Metodológicos. *Bahia Análise & Dados,* Salvador, v. 14, n. 1, p. 243-247, jun. 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos:* abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Revista Saúde Pública,* v. 28, n. 6, p. 433-439, 1997. Documento eletrônico. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00

34-89101994000600007&lng=en&nrm =iso>. Acesso em: 08 abr. 2007.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 731–757, 2005.

PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C.; ASSIS, A. M. O. Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. *Revista de Nutrição,* Campinas, SP, v. 21, p. 65s-81s, jul. / ago. 2008. Suplemento.

RODRIGUES E. M.; BOOG M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923-931, 2006.

SANTOS, S. M. C.et al. Subsídios para avaliação da gestão pública: processo de constituição de indicadores para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais. *Organizações & Sociedade,* v. 13, p.109-124, 2006.

SOUZA, A. M.; CAULLIRAUX, H. M. A curva de aprendizagem e seus impactos no comportamento humano nas organizações: um estudo de caso em empresa do setor automotivo. In: ENEGEP ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. 22**.**, 2006, Curitiba. *Anais...* Curitiba: ENEGEP, 2002.

SPINELLI M. A. S.; CANESQUI A, M. O Programa de merenda escolar em Cuiabá: da centralização à descentralização (1979-1995). *Revista de Nutrição.* v. 15, n. 1, p. 105-117, 2002.

Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n1/a11v15n1.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2011.

APÊNDICE

QUADRO 1 - Protocolo de Indicadores para avaliação de programas de formação em alimentação saudável no ambiente escolar, Salvador, Bahia

DIMENSÃO CONCEITUAL						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
A maior satisfação com os conteúdos desenvolvidos, atendimento das expectativas dos participantes, incorporação efetiva de novos conhecimentos e que estes sejam compreensíveis, úteis e aplicáveis na vida profissional e pessoal dos participantes contribui para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Aprendeu coisas novas no curso? O curso atendeu as suas expectativas em relação ao conteúdo? Os conhecimentos obtidos no curso: Foram satisfatórios? Foram de fácil entendimento? São úteis: Ao seu trabalho na escola? Na sua vida pessoal? São aplicáveis: Ao seu trabalho na escola? Na sua vida pessoal?	% obtido na avaliação dos novos conhecimentos	Professores, gestores e merendeiras	$\geq$ 90% = Muito Bom $\geq$75% e $<$ 90% = Bom $\geq$ 50 e $<$75% = Regular $<$50% = Insuficiente	Questionário	Pontos alcançados no quesito/ Pontos máximos possíveis x 100

DIMENSÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Uma carga horária bem planejada e suficiente para cumprir todo o programa proporciona um melhor desenvolvimento do curso e entendimento do tema, o que favorece a mudança de comportamento e consequente criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	A carga horária total foi adequada ao conteúdo do curso? A distribuição da carga horária nos diferentes temas foi adequada? Os conteúdos do curso foram adequados ao alcance dos objetivos?	% obtido na avaliação do programa do curso	Professores, gestores e merendeiras	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90%= Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Questionário	Pontos alcançados no quesito/ Pontos máximos possíveis x 100
Um material didático de qualidade e de fácil entendimento proporciona melhor compreensão dos novos conhecimentos o que favorece a mudança de comportamento e consequente criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	O conteúdo do material distribuído correspondeu aos objetivos? O material entregue no curso foi de fácil entendimento? O material entregue no curso foi de boa qualidade?	% obtido na avaliação do material de apoio distribuído	Professores, gestores e merendeiras	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90% = Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Questionário	Pontos alcançados no quesito/ Pontos máximos possíveis x 100

DIMENSÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Monitores bem preparados são capazes de instrumentalizar o educando com métodos e informações consistentes e pautados cientificamente que proporcionam um maior entendimento do tema, o que favorece a mudança de comportamento e consequente criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	O monitor: Planejou bem o desenvolvimento do curso? Cumpriu os horários de início e término das aulas? Demonstrou conhecer o assunto? Demonstrou clareza na exposição dos conteúdos? Utilizou bem as técnicas de ensino? Usou de forma adequada os recursos audiovisuais disponíveis? Estabeleceu bom relacionamento com o grupo? Estimulou os participantes a opinarem durante as atividades propostas na sala de aula? Considerou as opiniões dos participantes no desenvolvimento das aulas?	% obtido na avaliação do desempenho dos monitores	Professores, gestores e merendeiras	$\geq$ 90% = Muito Bom $\geq$75% e < 90% = Bom $\geq$ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Questionário	Pontos alcançados no quesito/ Pontos máximos possíveis x 100

DIMENSÃO OPERACIONAL						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Horários das aulas teóricas e práticas devem proporcionar condições de participação sem prejuízo da adesão e oferecendo chance de abranger todo o público alvo e proporcionar um maior alcance das informações; um local adequado para o curso garante a satisfação de necessidades básicas de conforto e recursos adequados oferecem auxílio para construção do aprendizado, o que favorece a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	O horário das aulas foi adequado? Os dias estabelecidos para as aulas foram adequados? O local de realização das aulas foi adequado? Os recursos audiovisuais foram adequados?	% obtido na avaliação do desenvolvimento do curso	Professores, gestores e merendeiras	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90% = Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Questionário	Pontos alcançados no quesito/ Pontos máximos possíveis x 100

DIMENSÃO DA ADESÃO						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Se após definido o curso, o público-alvo adere à proposta efetuando a inscrição, aumentam as chances de cumprir o programado, contribuindo para a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Nº de inscritos no curso	% de Adesão a proposta do curso	Fichas de inscrição	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90% = Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Pesquisa documental	Nº de inscritos no curso/Meta x100
Se houver a participação efetiva daqueles que se inscreveram inicialmente no curso, os recursos serão dimensionados de forma correspondente, além de contribuir para maior disseminação do tema e criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Nº de participantes conforme os inscritos	% Adesão real a proposta do curso	Fichas de frequência e fichas de inscrição	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90% = Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Pesquisa documental	Nº participantes/ Nº de inscritos x 100

DIMENSÃO DA ADESÃO						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Um programa de formação em AS na escola capaz de alcançar todo o seu público-alvo contribui com a formação de multiplicadores sobre o tema e favorece a criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Nº de participantes conforme a meta	% Cobertura	Fichas de frequência e documento proposto de estimativa de participantes do curso	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90% = Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Pesquisa documental	Nº participantes/ Metax 100
Quando a participação se dá de acordo com o planejado, aumenta a chance de aprendizado e pode favorecer criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Frequência dos alunos ao curso	% Médio de frequência ao curso	Fichas de frequência	≥ 90% = Muito Bom ≥75% e < 90% = Bom ≥ 50 e <75% = Regular <50% = Insuficiente	Pesquisa documental	Soma dos % de frequência participantes/Nº de participantes

DIMENSÃO COMPORTAMENTAL						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Uma formação capaz de promover a mudança na operacionalização do ensino, de valores em relação à alimentação e modo de vida saudáveis atende ao objetivo da criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Se algum projeto em alimentação saudável foi executado incentivado pelo curso: Executou as propostas de aproveitamento do curso conforme planejado? Qual a sua avaliação dos resultados?	Enunciação avaliativa de professora/gestor sobre execução na escola da proposta de trabalho em Alimentação Saudável elaborada no curso	Professores, gestores.	Não se aplica	Entrevista	Não se aplica
Uma formação capaz de promover a mudança nas práticas de produção dos alimentos numa direção mais saudável atende aos objetivos do curso da criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Se o programa contribuiu com mudanças na produção dos alimentos numa direção mais saudável: Mudou sua forma de trabalhar na escola após o curso? O que mudou?	Enunciação avaliativa de merendeiras quanto a mudanças na produção de alimentos em direção mais saudável	Merendeiras	Não se aplica	Entrevista	Não se aplica

DIMENSÃO COMPORTAMENTAL						
Premissa	**Questões**	**Indicador**	**Fonte**	**Parâmetro**	**Meios de verificação**	**Cálculo**
Uma formação capaz de gerar multiplicadores dos conceitos de Alimentação saudável trabalhados atende aos objetivos do curso da criação de um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável na escola.	Se os conceitos sobre alimentação saudável trabalhados durante o curso foram disseminados pelos participantes: Teve a oportunida-de de compartilhar o que vivenciou no curso com outros profissionais na escola? E com os alunos?	Enunciação avaliativa dos participantes quanto ao com-partilhamento do aprendido no curso em alimen-tação saudável	Professores, gestores e merendeiras.	Não se aplica	Entrevista	Não se aplica

FONTE: Elaboração das autoras.

Capítulo VI

AVALIAÇÃO DE ESTÁGIOS CURRICULARES: UMA PROPOSTA PARA A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM[1]

Norma Carapiá Fagundes
Isabela B. Sales J. Ayres
Carolina Pedroza C. Garcia
Sonia Cristina Lima Chaves
Denise Rodrigues Diniz
Madeline Santos Bitencourt
Rosanita Ferreira Baptista

INTRODUÇÃO

O estudo teve como objetivo construir uma proposta de avaliação dos estágios curriculares supervisionados de cursos da área de saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa desses estágios, dando visibilidade aos problemas de ordem institucional, operacional e pedagógico, que dificultam os estágios curriculares. Esta cultura avaliativa a ser desenvolvida deve se contrapor àquela que, segundo De Sordi (2005), somos reféns (alunos, professo-

[1] Este capítulo traz os resultados da pesquisa *Estágios curriculares na Rede SUS/BA - Construindo uma proposta de Avaliação* desenvolvida pelo grupo GERIR da Escola de Enfermagem da UFBA, em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) da SESAB, que contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB/PPSUS).

res, famílias), o que coloca essa prática próxima ao campo do sagrado, lugar de difícil acesso aos não-iniciados. E, portanto, de difícil mudança por não estimular/permitir questionamentos, diálogos e novas aprendizagens.

Desenvolver a pesquisa implicou enfrentar alguns desafios, em particular, o de construir uma proposta de avaliação dos estágios que atendesse aos distintos interesses das instituições envolvidas (universidade e serviços de saúde) e cuja aplicação pudesse ser iniciada pelos próprios atores envolvidos com os estágios curriculares. Assim, neste percurso, a pesquisa terminou por trilhar um caminho ainda pouco experimentado em cursos da área de saúde, que é o de juntar aos indicadores de avaliação da aprendizagem alguns outros relativos ao planejamento e à organização, no sentido de dar mais visibilidade aos compromissos que devem ser pactuados entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, necessários ao bom desenvolvimento dos estágios curriculares supervisionados.

A particularidade dos estágios supervisionados de se constituir em uma experiência do trabalho profissional ainda na formação traz consigo a necessidade de uma maior articulação e pactuação de compromissos entre as duas instituições envolvidas, de ensino e de saúde. Este fato traz uma dinâmica para os estágios, que requer que os aspectos gerenciais/organizacionais sejam obrigatoriamente incluídos no processo de avaliação. Surge daí a necessidade de ir além da avaliação da aprendizagem do aluno e de incluir na proposta de avaliação dimensões e parâmetros referentes ao contexto no qual os estágios curriculares supervisionados ocorrem, e que, portanto, sejam relacionados à organização e planejamento dos mesmos. Pretende-se, com isso, criar instrumentos de avaliação capazes de proporcionar a todos os atores envolvidos o conhecimento sobre os diversos aspectos que envolvem os estágios, em especial a articulação interinstitucional (entre a instituição de ensino superior e os serviços de saúde), a integração entre os

atores envolvidos e as competências e habilidades a serem desenvolvidas/consolidadas pelos alunos.

Outro desafio evidenciado com a revisão bibliográfica foi a inexistência de estudos com o foco na avaliação de estágios curriculares em saúde que pudessem servir de ponto de partida ou inspiração. Não estavam disponíveis também indicadores e parâmetros de referência. Deste modo, o esforço foi o de realizar uma construção peculiar e nova, propondo dimensões e parâmetros para compor um modelo de avaliação a ser testado e aprimorado.

A pertinente preocupação colocada por De Sordi (2005) também encorajou o grupo de pesquisadoras a propor um modelo de avaliação com bases distintas dos modelos mais tradicionais da avaliação no campo da educação. Como exposto pela autora, as propostas sinalizadas nas diretrizes curriculares, no texto da LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), apontam para mudanças na direção da flexibilidade, da diminuição do número de horas-aula, da diversificação de experiências de ensino, mas, paradoxalmente, a avaliação aparece em outra ponta, mais controladora do produto do que nunca. Daí a importância de se experimentar e propor alternativas no sentido de reverter esse jogo.

Aceitar o desafio de construir alternativas para o processo de avaliação dos estágios curriculares supervisionados levou o grupo de pesquisadoras a refletir sobre como avaliar comportamentos atitudinais e a evidente subjetividade do que se espera que seja aprendido pelo aluno em cada situação. Até porque, no estágio, o objeto da avaliação são os cuidados, as atitudes, a capacidades de gerir situações, trabalhar conflitos. Estes são aspectos muitas vezes avaliados com muita arbitrariedade, como aponta Carvalho. (2004) Daí o porquê de a definição de padrões e critérios de avaliação ser tão necessária.

Apesar de o projeto ter sido pensado, inicialmente, para ser desenvolvido com os cursos de graduação em enfermagem e em medicina, considerando o critério de viabilidade, resolveu-se concentrá-lo

apenas no curso de enfermagem. Concluiu-se, a partir das entrevistas exploratórias, que os estágios curriculares dos cursos de medicina e de enfermagem são muito distintos, têm especificidades que apontaram para a dificuldade, ou impossibilidade, de abordar estes dois objetos numa mesma proposta avaliativa. Porém, em que pesem as diferenças entre os cursos, considera-se que a proposta construída, com algumas adaptações, possa ser utilizada e testada não só pelos atores envolvidos nos estágios do curso de medicina, como também por outros cursos da área da saúde que tenham estágios curriculares em rede básica ou rede hospitalar.

A escolha do curso de enfermagem se deu não apenas pela maior facilidade de desenvolvimento da pesquisa, dado que a maior parte das pesquisadoras estava ligada a esse curso, como professora ou como alunas, a escolha foi motivada, sobretudo, pelo tempo de implantação dos estágios curriculares no curso de enfermagem, que, apesar de ser relativamente recente (1996), é considerado suficiente para justificar a implementação do debate sobre o perfil desses estágios. Além disto, cabe registrar a necessidade identificada pela instituição (escola de enfermagem) de proposições e de processos de avaliação que contribuam para uma definição mais precisa da contribuição destes estágios na formação do enfermeiro, bem como para a explicitação dos compromissos e obrigações dos atores da universidade e serviços de saúde com o desenvolvimento dos estágios curriculares supervisionados.

O estágio curricular supervisionado constitui-se em parte relevante do processo de formação do enfermeiro, uma vez que abrange 20% da carga horária total do curso. Foi iniciado em 1996, com as Portarias nº 1.721/94 e nº 001/96, que regulamentaram o novo currículo mínimo, sendo reafirmado e melhor definido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. (BRASIL, 2001) O estágio curricular supervisionado distingue-se das demais atividades teórico-práticas desenvolvidas ao longo da graduação, pois se caracteriza como uma proposta que ofere-

ce ao aluno a oportunidade de ter uma experiência prática do exercício profissional durante a graduação.

No curso de enfermagem da UFBA, os estágios curriculares supervisionados ocorrem nos dois últimos semestres do curso, sendo o primeiro em rede hospitalar e o segundo em rede básica, ambos compostos por dois momentos didáticos: o da prática em campo e o de planejamento, discussão e orientação das atividades. Para o desenvolvimento desses dois momentos, o aluno conta com o apoio e acompanhamento de uma enfermeira do serviço, denominada preceptora, e de uma professora que realiza a supervisão de pequenos grupos de alunos nos campos de prática.

A criação da proposta de avaliação dos estágios curriculares supervisionados do curso de graduação em enfermagem implicou um exercício inicial de levantar questões que pudessem servir de norte para a pesquisa, tais como: os tipos de avaliação adotados nos estágios curriculares supervisionados estão adequados ao perfil profissional e aos objetivos do curso e dos próprios estágios? Quais são as alternativas para melhor adequar a avaliação do estágio ao modelo de aprendizagem definido e ao perfil de enfermeiro pretendido? Como a avaliação dos estágios pode repercutir favoravelmente nos serviços de saúde, ajudando a identificar e enfrentar problemas?

REFERÊNCIAS TEÓRICO-CONCEITUAIS PARA COMPREENDER OS ESTÁGIOS CURRICULARES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

De acordo com o Ministério da Saúde, o estágio curricular supervisionado deve contribuir significativamente para preparar os profissionais com compromisso social e competência técnica. Nesse sentido, os estágios devem ser planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os projetos pedagógicos dos cursos, devendo constituir-se em uma estratégia de integração entre a escola e o serviço de saúde.

Nesse sentido, o tipo de estágio ideal deve orientar-se na direção de um maior reconhecimento dos espaços da prática profissional como possibilitadores de oportunidades para consolidação de conhecimentos e habilidades adquiridas no processo inicial da formação, bem como para a construção e reconstrução de novos conhecimentos e habilidades a partir das interações ocorridas em situações reais no cotidiano dos serviços.

Desse modo, o conceito-guia de estágio curricular supervisionado construído nesta pesquisa o define como um momento do processo de formação da enfermeira caracterizado por múltiplas e distintas aprendizagens, (re) elaboradas a partir da experiência em situações de trabalho no contexto dos serviços de saúde, com a responsabilidade, planejamento e coordenação partilhados entre a instituição de ensino e o serviço de saúde.

Enfatiza-se, nesse conceito-guia, que o estágio curricular supervisionado tem dinâmica e configuração complexas e que se caracteriza pelo esforço de possibilitar ao aluno (re)construir/(re)significar/integrar múltiplas referências e experiências vivenciadas nos mais diversos espaços de aprendizagem. Tais referências estão relacionadas não apenas à dimensão cognitiva do aprendizado (conhecimento compreensivo ou explicativo adquirido), mas também às dimensões pragmáticas (em termos do saber fazer) e afetivo-motivacional (que diz respeito aos aspectos pessoais, subjetivos e intersubjetivos). Dessa forma, os estágios curriculares supervisionados devem ser compreendidos como espaços para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem ao estudante saber analisar, tomar iniciativa, comunicar, trabalhar conflitos e planejar ações inerentes à sua atuação profissional, inserido numa dada equipe de trabalho de uma organização.

O estágio curricular supervisionado é uma atividade que requer planejamento participativo, o que inclui a pactuação de metas e estratégias para o alcance dos objetivos propostos. Nesse sentido, é preciso

explicitar as principais aprendizagens que se espera do aluno no estágio, bem como a arquitetura e dinâmica da sua organização; o que não deve significar uma rigidez em relação às demandas e possibilidades emergentes de cada espaço da prática.

Concebe-se o estágio curricular supervisionado como um espaço multirreferencial de aprendizagem. Discutindo essa concepção, autores como Fróes Burnham (2000) e Young (2000) afirmam que o processo de formação não ocorre somente na escola, acontece em múltiplos espaços, assim como são múltiplas as aprendizagens que ocorrem em cada um deles. Para esses autores, o que define o sentido da formação profissional é, predominantemente, a relação que se estabelece nesses espaços onde se materializa a educação (especificamente na área de saúde: sala de aula, laboratórios, serviços de saúde, espaços da comunidade, o domicílio, entre outros). Cada um desses espaços constitui-se num local de inter-relacionamentos distintos que, consequentemente, produzirão, também, aprendizagens distintas.

Fróes Burnham (2000, p. 286) denomina como "espaços multirreferenciais de aprendizagem" aqueles locais que articulam de forma intencional, formal ou informalmente, processos de aprendizagem (produção imaterial de subjetividades e conhecimentos) e de trabalho (produção material de bens e serviços). Na percepção da autora, existe, na atualidade, uma interpenetração entre as organizações especialistas em aprendizagens (escolas, universidades, institutos de pesquisa) e as não-especialistas em aprendizagens (locais de trabalho, agências de serviços, grupos culturais, ações de movimentos políticos e sociais). O argumento mais forte para essa aproximação, ainda segundo Fróes Burnham (2000), é o de que todo trabalho é aprendizagem e, portanto, o local de trabalho desenvolve processos educativos, ainda que implicitamente. O estágio curricular supervisionado, por ser uma atividade de ensino e ao mesmo tempo uma experiência de trabalho, adéqua-se muito bem a essa definição.

A necessidade de uma permanente interação entre as organizações especialistas e as não-especialistas em aprendizagens tem demandado mudanças nas formas de relacionamento entre a universidade e o mundo do trabalho. Um dos grandes desafios para isto tem sido o de identificar objetivos comuns e explorar novas formas de parceria e de construção de espaços de aprendizagem, necessários aos processos de formação demandados na contemporaneidade. Uma das justificativas para que a universidade e os serviços de saúde aceitem este desafio é o de que a diversidade e o confronto entre as visões de mundo existentes nesses espaços contribuem tanto para a construção de novos conhecimentos, saberes e ideias para a solução de problemas reais, quanto, reflexivamente, para novas formas de conceber os processos de formação e o cuidado em saúde. (FRÓES BURNHAM, 2000)

Diante do desafio de que formar é sempre formar-se, como nos alerta Nóvoa (2004), no percurso dos processos formativos não se deve desvalorizar a dimensão técnica ou tecnológica, mas a ela agregar o entendimento de que se trata, também, de experiência de vida, de aprendizagem experiencial, que, para ser acessada e apropriada, demanda um trabalho de construção intersubjetivo, que nos afasta de um modelo educativo prescritivo.

A concepção de espaços multirreferenciais de aprendizagem amplia a ideia de aprendizagem para além daquelas estritamente escolares. Pensar em organizações curriculares, tomando como base essa concepção, significa, antes de tudo, o reconhecimento de que os processos de acesso, construção e socialização do conhecimento não ocorrem apenas no espaço da escola, e nem com base nas formas tradicionais veiculadas pelo sistema escolar. Nesse contexto, o conceito de aprendizagem tende a se ampliar cada vez mais, e a noção de espaços articuladores dessas aprendizagens torna-se fundamental para a criação de novas formas de inteligibilidade e legitimidade dos conhecimentos produzidos. (FRÓES BURNHAM, 2000)

No campo da saúde, a introdução de práticas que facilitem a conciliação entre conhecimentos teóricos e conhecimentos forjados na experiência é fundamental para o desempenho dos profissionais de saúde, pois tomar decisões que afetam a vida de outras pessoas faz parte da rotina desses profissionais. Neste processo, participam saberes éticos, técnico/científicos e em grande parte saberes da experiência, que conformam o que Ayres (2009), fundamentado em Gadamer, denomina de sabedoria prática. Esta se constroe no exercício da prática, na relação singular entre os atores em ação.

Nesse sentido, os estágios curriculares ganham relevância no processo de formação profissional por representarem a oportunidade de o estudante praticar o trabalho da profissão no contexto da graduação e vivenciar a realidade dos serviços, dos problemas que afetam a saúde da população e das relações do trabalho em saúde. São espaços nos currículos de aproximação, criação, interpretação e intervenção na realidade, na qual o estudante irá atuar como profissional. Os estágios são espaços, por excelência, de conciliação entre os saberes teóricos e os saberes da prática, da possibilidade de iniciar o desenvolvimento de uma sabedoria prática que vai balizar o exercício profissional.

Sendo o estágio curricular supervisionado um espaço de formação profissional que se institui como um ritual de iniciação no trabalho de uma determinada profissão, entende-se que esta seja uma atividade de ensino-aprendizagem de elevada exigência para o curso, para os professores e para os alunos, o que implica a necessidade de uma permanente e profunda reflexão de todos os intervenientes nesse processo, sobretudo no que diz respeito ao planejamento e, portanto, também ao processo de avaliação.

Assim, a avaliação dos estágios curriculares supervisionados não pode ser compreendida como um ato isolado, mas sim como um conjunto de fases que se condicionam mutuamente. Essas fases são ordenadas de forma sequencial e atuam integradamente, constituindo-se como um processo e um sistema. (CARVALHO, 2004)

REFERÊNCIAS TEÓRICO-CONCEITUAIS PARA COMPREENDER A PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS CURRICULARES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Na área da educação, assim como na de saúde, a avaliação tem sido chamada a desempenhar um papel cada vez mais relevante na estruturação dessas duas áreas. Especificamente no campo da educação, esse movimento tem estimulado o desenvolvimento de estudos, pesquisas e a transposição de práticas e conceitos produzidos noutros campos de atuação, possibilitando com isso a ampliação e o desenvolvimento de conhecimentos e metodologias que, por sua vez, têm possibilitado muitos questionamentos às práticas autoritárias da avaliação da aprendizagem dos alunos, bem como a expansão das atividades avaliativas para outros espaços da educação, como currículo, ensino, métodos e estratégias, estabelecimentos e instituições de ensino, projetos, programas, planos de estudo, políticas de educação, entre outros. (RODRIGUES, 1999)

Este movimento de renovação e ampliação da avaliação no campo da educação tem contribuído na percepção de autores como Vieira e Tenório (2009, p. 11) para "desmistificar a idéia corrente, no senso comum, de que a avaliação se restringe apenas aos aspectos da aprendizagem, assim ampliando a discussão para avaliação educacional no seu sentido lato." Para esses autores, a avaliação educacional, para além da dimensão da aprendizagem, envolve também a dimensão institucional. Nessa perspectiva, as contribuições da avaliação incluem a aferição, o diagnóstico, o controle e a tomada de decisão de maneira negociada com vistas a produzir mudanças efetivas, melhorias de processos nas organizações educacionais.

Os fundamentos da avaliação participativa que tem norteado a avaliação educacional tal como proposto por Vieira e Tenório (2009) têm como inspiração a obra de Guba e Lincoln (1989), naquilo que esses autores denominam de quarta geração de avaliação, que tem como

pressupostos: o diálogo como essência da avaliação; (i) a prática avaliativa envolvendo todos os sujeitos da ação; (ii) o acordo e pactuação coletiva; (iii) a inclusão de aspectos quantitativos e qualitativos; (iv) a avaliação e a autoavaliação como parte do próprio processo de aprendizagem; e (v) a avaliação vista como instrumento de transformação social.

A perspectiva construtivista da avaliação contida na denominada quarta geração, centrada na negociação, tem, como apontam Vieira e Tenório (2009), ao longo dos últimos vinte anos, sido central em diversas discussões e propostas de melhoria de modelos de avaliação.

A avaliação com a participação dos interessados e comprometida com os resultados, proposta por Guba e Lincoln (1989), se traduz, do acordo com Vieira e Tenório (2009), na necessidade de avançar no próprio conceito de avaliação. Dessa maneira, um novo conceito deve incluir todas as já tradicionais dimensões da avaliação, porém, estendendo a ação avaliativa para além daquilo que hoje são considerados resultados da avaliação. Nesse contexto, a criação e uso das estratégias participativas de avaliação e a autonomia do grupo envolvido com a avaliação e a reflexão sobre os resultados são elementos fundantes dessa concepção de avaliação.

O tipo de avaliação participativa, assumida na construção dessa proposta de avaliação dos estágios curriculares supervisionados, é entendido como indutora de um momento de aprendizagem comum a todos os atores envolvidos, sendo um processo de diálogo e de tomada de consciência ao qual cada categoria de atores traz a sua contribuição. Trata-se de um processo de aprendizagem mútua através da prática, durante o qual se verifica uma espécie de vaivém entre a ação e a análise crítica. (CASTRO-ALMEIDA; LE BOTERF; NÓVOA, 1999) No caso da avaliação dos estágios curriculares supervisionados, este tipo de avaliação favorece o diálogo e a tomada de consciência coletiva, visando à melhoria e aperfeiçoamento dos mesmos.

Tomando como base os princípios da avaliação participativa, um dos propósitos da proposta de avaliação dos estágios curriculares é o de contribuir para "romper com a visão da avaliação ainda hegemônica que se orienta pelo eficientismo e valorização do produto em detrimento do processo" (DE SORDI, 2005, p. 122), dado que "vivemos uma cultura de avaliação positivista onde não há espaço para a dúvida, nem tempo para reflexão e participação." (DE SORDI, 2005. p. 126)

Para tanto, faz-se necessário a construção de um modelo de avaliação identificado pelo seu caráter permanente, operatório, participativo e formativo. Ao trazer esses princípios para a construção da proposta de avaliação dos estágios curriculares, entende-se que a mesma deva ser compreendida mais como uma dinâmica de apoio e de orientação (ou reorientação) das atividades do que propriamente de um processo de controle. Assim, na elaboração da proposta, procurou-se criar as condições para que os atores envolvidos nos estágios curriculares supervisionados aprofundem os campos de informação e de interpretação da realidade, dotando-os dos instrumentos necessários para uma tomada de decisão pertinente e eficaz. Acredita-se que a proposta poderá contribuir para manter uma linha condutora dos estágios, com a formulação de hipóteses, proposição de alternativas viáveis, identificação de pontos críticos, e a pôr em prática as correções/alternativas necessárias. (CASTRO-ALMEIDA; LE BOTERF; NÓVOA, 1999)

Para a construção da proposta de avaliação dos estágios curriculares supervisionados, nos fundamentamos também nos princípios da avaliação formativa, por entender que esta permite identificar o grau de evolução dos alunos no processo ensino-aprendizagem, produzindo informações capazes de acompanhar e modificar a ação pedagógica; o que também inclui nesse propósito aspectos relacionados à organização dos estágios e a integração dos atores e instituições envolvidas. Por avaliação formativa entende-se toda prática de avaliação contínua que pretenda contribuir para a progressão, para o desenvolvimento

ou melhoria da aprendizagem em curso. A intencionalidade do avaliador é que torna a avaliação formativa, por isso ela é percebida muito mais como atitude do que um método propriamente dito. A avaliação formativa possibilita ao professor e ao enfermeiro-preceptor perceber os efeitos reais de seu trabalho pedagógico, podendo dar um encaminhamento adequado a partir disso; e, ao estudante, tomar consciência das dificuldades que encontra e poder tornar-se capaz de reconhecer e corrigir seus próprios erros a partir das restrições e potencialidades encontradas na realidade. (HADJI, 2001)

A avaliação escolar "é um ato de comunicação que se inscreve em um contrato social, mediante regras acordadas coletivamente em uma dinâmica de negociação." (HADJI, 2001, p. 40) Para o autor, "negociação e comunicação andam juntas. Por isso, o que a avaliação escolar precisa para progredir (para mais justiça e, ao mesmo tempo, mais objetividade) é, principalmente, de um 'contrato social'." (HADJI, 2001, p. 40) É no âmbito desse contrato social que as regras do jogo são determinadas e fixadas.

O processo de avaliação compreendido como um pacto social necessita, por sua vez, de um jogo estratégico entre os diferentes sujeitos que fazem parte de um contexto específico, que pode envolver, inclusive, interesses distintos, às vezes até mesmo opostos entre as partes. (TENÓRIO; GARCIA, 2009) Ao adotar a perspectiva do processo de avaliação como pacto social, pretende-se contribuir para que os estágios curriculares supervisionados possam ser compreendidos na sua pluralidade e diversidade, onde os resultados da avaliação possibilitem reflexões sobre a prática profissional e pedagógica.

Outro aspecto presente no contexto da pactuação é fomentar nos agentes envolvidos o procedimento de autoavaliação. Por meio desse processo, o sujeito percebe as suas ações e condutas, e compara com os critérios negociados; em seguida, o sujeito reflete, analisa, e constrói progressivamente um modelo que servirá como um referencial em

busca de uma progressão ou melhoria do desempenho. A avaliação juntamente com a autoavaliação, como elementos constitutivos e reguladores da própria ação, intensificam o sistema de autorregulação. O sujeito passa a ter mais consciência da importância do seu envolvimento no processo de aprendizagem e a ter um olhar mais crítico e reflexivo sobre os diferentes aspectos e momentos de sua atividade cognitiva. (TENÓRIO; GARCIA, 2009)

A proposta de avaliação dos estágios curriculares supervisionados fundamenta-se, portanto, na abordagem construtivista, participativa e comprometida com os resultados da avaliação e de sua aplicação pelos atores envolvidos, conforme definido por autores como Guba e Lincoln (1989), Vieira e Tenório (2009) e Castro-Almeida, Le Boterf e Nóvoa (1999). Assim, a proposta foi elaborada na perspectiva da gestão interna ou autogestão dos grupos envolvidos com os processos de desenvolvimento e melhoria dos estágios curriculares supervisionados. Além desses autores, a proposta de avaliação construída pelo grupo de pesquisadoras inspirou-se em modelos de avaliação da qualidade tanto no campo da saúde como da educação, entre eles, o da avaliação para a melhoria da qualidade da Saúde da Família do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e da avaliação da qualidade de creches na Itália, proposto por Bondioli (2004).

A avaliação para melhoria da qualidade da Saúde da Família (BRASIL, 2005) propõe um modelo de avaliação que compreende tal avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão a ser gerida pelas próprias equipes e outros grupos envolvidos, com reconhecimento do pluralismo de valores existentes em cada grupo (JCEE, 1994) que nos ajudou na elaboração dos instrumentos e na forma de utilização destes para a coleta de informações no processo de avaliação, na metodologia para a reflexão sobre os resultados e na proposta de elaboração de planos para intervenção sobre os problemas identificados como parte da avaliação formativa.

A proposta de avaliação de creches (BONDIOLI, 2004), que desenvolve indicadores e padrões de avaliação da qualidade do cuidado e da educação para a primeira infância, de maneira negociada e compartilhada, nos trouxe inspiração para a construção de um modelo de avaliação cujo principal objetivo deva ser o de se constituir em si mesmo um processo educativo/formativo para os atores envolvidos no estágio curricular supervisionado.

No seu livro, Bondioli (2004) traz a experiência de realizar um processo de avaliação, utilizando uma série de instrumentos como diretrizes para o olhar e para a identificação de aspectos relevantes das práticas educativas, com a intenção não tanto de chegar a um juízo de maior ou menor qualidade das escolas examinadas, mas, sim, de favorecer um processo de tomada de consciência dos atores envolvidos no processo educacional em relação às escolhas feitas, às inovações realizadas, ou a serem realizadas, bem como aos significados educativos daquilo que é realizado.

O processo de elaboração de indicadores da experiência analisada por Bondioli (2004), por ser desenvolvido de modo participativo, nos ajudou nos passos necessários para a identificação de aspectos considerados indispensáveis para delinear o perfil daquilo que poderia ser considerado como "bom estágio". Esta operação se deu de forma compartilhada pelos professores, estudantes e enfermeiros dos serviços de saúde envolvidos com o estágio e teve como resultado a identificação dos traçadores que definem os estágios curriculares supervisionados e os elementos que não devem faltar nos mesmos.

Os instrumentos propostos de coleta de dados para avaliação sintetizam, portanto, em forma de modelo, um conjunto de aspectos que, como ponto de partida, aponta fundamentos dos estágios curriculares supervisionados no curso de graduação em Enfermagem da UFBA.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Como já foi dito, o eixo central da proposta fundamenta-se na compreensão da avaliação como instrumento de gestão para a tomada de decisão e pactuação de compromissos voltados ao desenvolvimento e melhoria dos estágios e dos próprios serviços de saúde.

A busca pelos elementos que definem o "bom estágio" para o estabelecimento dos padrões e critérios de avaliação do estágio não deve ser entendida como uma mera tarefa técnica na busca de um padrão "ouro". Esta busca para o desenvolvimento de instrumentos avaliativos deve ser capaz de refletir o entendimento de que a organização dos estágios precisa ser partilhada e consensuada entre as instituições e atores envolvidos (alunos, professores e profissionais dos serviços de saúde), mediante a participação efetiva em todos os momentos de planejamento, execução e acompanhamento dos mesmos. Compreende-se que essa participação ajuda os atores a entender as bases mínimas que devem ser garantidas, para que a proposta do estágio possa cumprir a intenção formativa com que foi formulada, além de auxiliar a construção de relações mais fecundas entre os parceiros e firmar compromissos e demandas bilaterais entre as instituições de ensino e de serviços de saúde.

A tarefa de construir a proposta de avaliação dos estágios com base nesses fundamentos mostrou-se complexa e difícil, de abstração/concepção e de modelação, implicando várias rodadas de identificação dos elementos para compor o perfil do "bom estágio" e de validação dos instrumentos de avaliação, como será visto a seguir.

Inicialmente foi realizada uma ampla revisão da bibliografia disponível com consulta a livros, revistas e bancos de dados, como BVS, Scielo, Medline, entre outros. Foram realizadas, também, duas entrevistas exploratórias com profissionais de serviços de saúde envolvidos com os estágios curriculares e duas com estudantes que estavam cumprindo o estágio curricular supervisionado. Com base nas informações

levantadas nessa fase de exploração e fundamentação teórica, o projeto original foi revisado. Em seguida, retomou-se o trabalho de campo sob novas bases, com a realização de dois grupos focais: um com estudantes em fase de conclusão do curso e outro com enfermeiros de serviços de saúde. Foram também realizadas duas entrevistas com professoras orientadoras dos estágios curriculares supervisionados na Escola de Enfermagem da UFBA, abrangendo, desta forma, atores envolvidos nos contextos hospitalar e da rede básica.

O principal objetivo dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas com informantes-chave foi compreender a percepção dos atores sobre os objetivos do estágio, os resultados que este pode estar produzindo na formação dos alunos, bem como identificar diferenças ou similitudes nas atividades do estágio em diferentes locais. Outros aspectos explorados, especialmente nos grupos focais, foram os elementos que dificultam a condução do estágio curricular supervisionado nos diversos campos de prática. Além dos grupos focais e das entrevistas, nessa fase foi realizada também a análise de documentos, como o projeto pedagógico do curso, resoluções, normas, ementas e programas relacionados aos estágios curriculares supervisionados.

A análise documental e algumas falas dos atores envolvidos, sobretudo das professoras, apontaram que os objetivos propostos para o estágio curricular supervisionado são a consolidação por parte dos estudantes dos conhecimentos e habilidades já adquiridas no curso, a prestação de serviços em unidades de saúde, o desenvolvimento da capacidade crítica/reflexiva sobre a realidade do trabalho profissional e a condução de processos gerenciais que competem ao enfermeiro. Para que esses objetivos sejam atendidos, deve existir uma interface entre a atuação do professor supervisor, do preceptor do serviço de saúde e do aluno. Ao professor supervisor, cabe elaborar o plano de ensino em conjunto com o aluno e o preceptor (enfermeiro do serviço), além de realizar supervisões semanais *in loco*, ou seja, observar e problematizar

sobre a atuação do aluno no campo de estágio, com reuniões tutoriais quinzenais voltadas para o apoio técnico-científico e avaliação do desempenho desse aluno. Cabe ao preceptor inserir o aluno na unidade, acompanhar sua integração e desempenho no serviço. Nos documentos-base está prevista a participação dos preceptores nas reuniões para acompanhamento e avaliação do aluno e do estágio. Ao aluno, por sua vez, compete elaborar e desenvolver o plano de estágio, cumprir a carga-horária definida, participar das atividades/reuniões previstas e elaborar relatório final. Assim, ao final, espera-se que o aluno tenha consolidado seus conhecimentos e habilidades, desenvolvido a capacidade problematizadora sobre a realidade e também tenha consolidado a habilidade gerencial para a condução de equipes de trabalho.

No entanto, em outros momentos das falas, sobretudo dos alunos e dos preceptores, vários pontos críticos sobre o funcionamentos dos estágios foram identificados:

- O professor supervisor não necessariamente compartilha o plano de ensino com o preceptor;

- As supervisões não ocorrem semanalmente, ocorrendo, na maioria das vezes, quinzenalmente, e, em alguns casos, até mensais;

- As supervisões, nos estágios em rede básica, geralmente não são de observação/problematização da prática dos alunos no campo, mas sim discussão com os preceptores ou com o grupo de alunos – raramente nesses momentos os três atores envolvidos estão presentes. Na rede hospitalar, o conceito de supervisão é aquele comumente conhecido de observação *in loco* do desempenho dos alunos nas atividades costumeiras do estágio; mas também com pouca problematização das atividades desenvolvidas e participação conjunta dos professores, preceptores e alunos nesses momentos de supervisão;

- Tanto na rede básica quanto na rede hospitalar, o relatório final do estágio elaborado pelo aluno é raramente disponibilizado para os preceptores e para os serviços de saúde;

- As atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos alunos na rede básica parece ser um foco de conflito entre o preceptor e o aluno; ou seja, este último não se considera responsável por desenvolver atividades de "menor valor" que eram realizadas no início da vida acadêmica. As atividades individuais como consultas clínicas são mais valorizadas e disputadas pelos estudantes;

- Na rede básica, não se observou a evidência de avaliação do estágio com a presença do preceptor; e nem entre todos os professores e os alunos, como ocorre no estágio da rede hospitalar.

A análise do material de campo e dos documentos básicos constatou, portanto, divergências significativas entre o que está proposto no papel e a realidade dos estágios curriculares. Entretanto, ao se questionar sobre como os estágios deveriam funcionar para atender aos seus objetivos, muitos pontos foram convergentes, principalmente no que se refere à organização e planejamento dos estágios, aos compromissos a serem assumidos pela universidade e pelos serviços de saúde, como também ao papel dos professores e enfermeiros-preceptores e a uma melhor capacitação destes para atuarem nos estágios curriculares. A necessidade de explicitação dos objetivos dos estágios, bem como do que se espera dele na formação de novos enfermeiros, também foi um tema recorrente nas falas.

Com base nessa análise, iniciou-se a construção das matrizes de dimensões, critérios e padrões para coleta de dados necessária à avaliação dos estágios curriculares na rede básica e na rede hospitalar. O objetivo que se quer alcançar com esses instrumentos é ampliar a capacidade de observação da realidade dos estágios curriculares, tendo em vista uma melhor descrição dos mesmos, pela configuração e des-

crição de seus contornos e do desempenho esperado dos alunos. Por isso os padrões referem-se ao que foi identificado como essencial aos estágios curriculares supervisionados, tanto na sua organização como em relação às habilidades e atitudes que o educando deve manifestar, de forma a expressar suas aprendizagens, como recomenda Luchesi (2005).

Nas matrizes propostas, o padrão refere-se a um modelo de referência para avaliação do fenômeno ou objeto, considerado como ideal. O padrão tem como características: abrangência (deve oferecer uma visão integral do objeto da avaliação), sensibilidade (deve ser capaz de evidenciar as lacunas e as fragilidades) e facilidade de aplicação (deve ser de fácil compreensão e fácil utilização). Entretanto, no modelo de avaliação proposto, os padrões não devem ser entendidos como impostos do alto, aos quais os estágios devem se adequar. Estes representam, ao contrário, significados compartilhados sobre o que deve haver em estágio curricular supervisionado para que este possa ser assim chamado, tendo como referência o projeto pedagógico do curso, as legislações vigentes e os pactos estabelecidos entre os seus atores principais: alunos, professores e preceptores e as instituições envolvidas.

Assim, o principal objetivo das matrizes é propor um quadro de referência para avaliação dos estágios curriculares dos cursos de enfermagem. Após a construção e validação pelo próprio grupo de pesquisadoras, as matrizes foram encaminhadas para três especialistas, que atuaram como avaliadores externos, para uma segunda rodada de validação. Os avaliadores externos foram escolhidos levando-se em conta a experiência em estágio na rede hospitalar e na rede básica, além da sua expertise na avaliação em educação, com ênfase para a formação de profissionais de saúde. Outra forma de validação das matrizes foi o trabalho de conclusão de curso, realizado pela bolsista do PIBIC ligada à pesquisa, que fez um estudo piloto da aplicação da matriz junto a estudantes, enfermeiros-preceptores e professores orientadores do estágio

curricular supervisionado. Após esses processos de validação, as matrizes foram aperfeiçoadas e, a partir delas, foram construídos os instrumentos para a coleta de informações para a avaliação dos estágios.

Nestes instrumentos, constam as dimensões, as subdimensões, a indicação da numeração do padrão, a classificação do porte do padrão e as indicações do atendimento do padrão. Para ficar mais claro, apresentamos um exemplo a seguir:

Conteúdo do padrão:

Em cada primeira linha consta o enunciado de um padrão. Como exemplo, o padrão 1.1.1 da dimensão I:

Há convênio assinado entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e as Secretarias de Saúde (Municipal ou Estadual)

Explicação do padrão:

Na segunda linha, abaixo de cada enunciado, está descrita a explicação para o padrão, indicando com detalhes as exigências para o seu atendimento.

Dessa forma, para o exemplo acima, temos a seguinte explicação:

A assinatura do convênio entre a instituição de ensino e os serviços de saúde é recomendada pela legislação de estágio curricular supervisionado e contribui para melhor regulamentação do estágio (Lei nº 11.788 de 25/09/2008).

Classificação do porte do padrão:

Aos padrões constantes nas matrizes, foi incorporada uma classificação complementar, de modo a indicar o porte do padrão em relação ao grau de desenvolvimento do mesmo em três gradações, conforme explicitado a seguir:

Padrão Elementar de desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado (E)	Refere-se a elementos essenciais de normatização e construção do campo de práticas do estágio curricular supervisionado.
Padrão Consolidado de desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado (C)	Inclui processos organizacionais, pedagógicos e avaliativos do estágio curricular supervisionado efetivamente desenvolvido.
Padrão Avançado de desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado (A)	Refere-se a elementos de resultados alcançados no desenvolvimento do estágio curricular supervisionado.

Exemplo completo:

Primeira coluna: indicação da dimensão, subdimensão e numeração do padrão.

1.1.1	E	a) Há convênio assinado entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e as Secretarias de Saúde (Municipal e/ou Estadual)	(S) (N)
A assinatura do convênio entre a IES e os serviços de saúde é recomendada pela legislação de Estágio curricular supervisionado e contribui para melhor regulamentação do estágio (Lei nº 11.788 de 25/09/2008).			

Segunda linha: a explicação sobre o padrão e suas exigências.

Para a validação final dos instrumentos, bem como para a experimentação da metodologia de trabalho indicada para a aplicação dos mesmos, foram realizadas duas oficinas de trabalho, buscando simular uma oficina de avaliação que pode acorrer em qualquer campo de estágio. Participaram das oficinas enfermeiros-preceptores dos serviços, professores e estudantes da Escola de Enfermagem da UFBA, sendo uma oficina com os atores do estágio em rede básica, contando com seis integrantes e outra com os atores da rede hospitalar, com cinco participantes. Os grupos foram convidados não apenas a utilizar os instrumentos como também a criticá-los, sendo aberta a possibilidade de alterar e/ou propor acréscimos aos instrumentos. A partir dos resultados das oficinas, foi construída a versão final dos instrumentos. (Apêndice I - A e B)

Esse processo de ampla discussão e várias rodadas de validação dos instrumentos para a avaliação dos estágios curriculares supervisionados do curso de graduação em enfermagem foi muito rico e trouxe a clareza de que o conjunto de dimensões e padrões escolhidos são pertinentes e adequados para o perfil atual dos estágios, e também trouxe a certeza de que pelas constantes mudanças na formação e nos serviços de saúde, estes precisam sempre ser revistos e repactuados a cada momento de aplicação dos mesmos.

Os instrumentos de coleta de informações para avaliação dos estágios curriculares supervisionados, apesar da sua amplitude (organização do estágio e aprendizagem dos alunos), não devem ser considerados os únicos instrumentos de avaliação dos estágios: entende-se que esta deva ser complementada com outros instrumentos individuais de avaliação e de autoavaliação. O papel a ser cumprido pelo modelo de avaliação proposto é, sobretudo, o de favorecer processos participativos de planejamento e acompanhamento do desenvolvimento do estágio, pela possibilidade que tal avaliação tem de construir novos diagnósticos sempre que isto se fizer necessário, bem como de possibilitar a

reflexão sobre os resultados como base para a elaboração de planos de intervenção sobre os problemas identificados e priorizados.

Recomenda-se que o momento de aplicação dos instrumentos se configure como oficina de trabalho ou outro tipo de reunião em que os três atores envolvidos devam estar representados. Para tanto, propõe-se a sequência a seguir.

Iniciar com o registro no instrumento da posição individual de cada participante em relação a cada um dos padrões apresentados. A seguir, o grupo deve se reunir para discutir dúvidas, o que foi consenso de todos, o que foi diferente, as percepções de cada um. Ao final das discussões, deverá ser preenchido um novo instrumento com o que foi consensuado, designando-se um relator para assumir essa tarefa, de modo que se tenha sistematizado o consenso do grupo. Sugere-se que a representação do consenso deve ser registrada de forma gráfica, de modo a facilitar a visualização dos pontos críticos, considerando os padrões elementares que ainda não foram alcançados, bem como os pontos fortes, a partir dos padrões consolidados e avançados que foram assinalados.

Sugere-se que, de posse desses elementos, o grupo eleja dois ou três problemas considerados prioritários e, a partir deles, elabore um plano de intervenção, visando ao aperfeiçoamento do estágio curricular supervisionado. Cada vez que o grupo se reunir para realizar a aplicação dos instrumentos, novos problemas poderão ser selecionados ou, de acordo com os resultados do acompanhamento e avaliação do plano anterior, o grupo poderá optar pela revisão do mesmo, caso não se tenha chegado à solução ou alternativas de enfrentamento dos problemas priorizados.

A avaliação poderá ser realizada com a aplicação dos instrumentos referentes às três dimensões indicadas (Apêndice I - A e B), ou poderá ser eleita apenas uma ou duas, a depender das prioridades de cada grupo, pois os níveis e dimensões da proposta de avaliação,

apesar de interdependentes, possuem características que permitem sua utilização em conjunto ou separadamente.

A elaboração e aplicação do plano de intervenção possibilita completar o ciclo da avaliação participativa/formativa, na medida em que permite a reflexão sobre os resultados da avaliação e a concretização do compromisso com a implementação de estratégias para a solução ou minimização dos problemas identificados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estágios curriculares do curso de graduação em enfermagem, compreendidos como espaços multirreferenciais de aprendizagem, são permeados de tensão e contradições relacionados às dinâmicas, ritmos, culturas e missões das instituições envolvidas. Isto coloca o desafio de propor metodologias avaliativas que empoderem os atores envolvidos na construção do dialogo necessário para a compreensão e enfrentamento destas tensões e o reconhecimento dos avanços já alcançados.

As singularidades dos estágios curriculares do curso de enfermagem não inviabilizam a utilização da proposta avaliativa aqui apresentada em outros cursos da área de saúde, devendo para isto serem realizadas adaptações ou novos estudos que aprofundem nas especificidades de cada curso. Por serem cursos da área de saúde, existem semelhanças na organização dos estágios, mas existem também diferenças que não podem ser desconsideradas, o que inviabiliza a aplicação da mesma proposta sem ajustes.

Conforme constatado nos momentos de validação dos instrumentos, mediante depoimento dos seus integrantes, enfermeiros-preceptores, alunos e professores, o conjunto de indicadores e padrões propostos conforma não apenas instrumentos a serem aplicados nas unidades hospitalares ou da atenção básica, mas trazem uma proposta metodológica orientadora para o desenvolvimento de um processo avaliativo participativo, autogestor, compreendido como um dos mo-

mentos do próprio estágio, que dá visibilidade à dimensão político--pedagógica da avaliação dos mesmos. Além disto, a referida proposta deve e pode subsidiar os atores envolvidos no enfrentamento dos problemas identificados e/ou manutenção dos avanços alcançados. Assim, tal proposta possibilita avançar no planejamento de ações subsequentes que redundem em melhorias das atividades e organização dos estágios e dos próprios serviços de saúde.

A aplicabilidade dos instrumentos e da metodologia propostos, dada a simplicidade no uso dos mesmos, pode contribuir para um melhor entendimento dos papéis e corresponsabilidades entre as instituições e atores envolvidos nos estágios curriculares do curso de enfermagem. Na medida em que esta proposta avaliativa põe em evidência aspectos normativos, organizacionais e pedagógicos, e demanda a participação de alunos, professores e preceptores, ela traz em si possibilidades de desdobramentos que podem facilitar o desencadeamento de mudanças seja no processo formativo dos alunos e na educação permanente dos profissionais de saúde, seja para a gestão e reorganização dos serviços de saúde, uma vez que muitos dos problemas identificados nos remetem a reflexões acerca tanto dos modelos assistenciais e gerenciais em saúde, seja do perfil profissional necessário para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a proposta de avaliação dos estágios curriculares representa um ponto de partida que deve ser aprimorado e ampliado, inclusive considerando que para o entendimento e melhoria da complexa equação "estágio curricular em saúde", há pelo menos dois outros atores que precisam ser incluídos: o gestor da unidade e o usuário dos serviços. A ausência de relato de experiências ou outras propostas de avaliação de estágios curriculares aplicáveis no contexto do SUS, centradas na perspectiva autogestora, reforça a necessidade de mais estudos e pesquisas nesta área.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde:* o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS / UERJ – ABRASCO, 2009. p. 127-144.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia Saúde da Família. *Resumo executivo.*, Brasília, 2005. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Manual%20 Preliminar.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. *Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001.* Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem, 2001.

BONDIOLI, A. (Org.). *O projeto pedagógico da creche e sua avaliação:* a qualidade negociada**.** Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

CARVALHO, A. L. *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem.* Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CASTRO-ALMEIDA, C.; LE BOTERF, G.; NÓVOA, A. A avaliação participativa no decurso dos projetos: reflexões a partir de uma experiência de terreno (Programa Jade). In: ESTRELA, A.; NÓVOA, A. (Org.). *Avaliação em educação:* novas perspectivas. Porto, PT: Porto Editora, 1999. p. 115-137.

DE SORDI, M. R. L. Avaliação universitária: mecanismo de controle, de competição e exclusão ou caminho para construção da autonomia, de cooperação e da inclusão? In:

VEIGA, I. P. A; NAVES, M. L. P. (Org.). *Currículo e avaliação na educação superior.* Araraquara: Junqueira Martins Editores, 2005. p. 121-148.

FRÓES BURNHAM, T. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In:

LUBISCO, N; BRANDÃO, L. (Org.). Informação e informática. Salvador: EDUFBA, 2000. p. 283-307.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth Generation Evaluation.* Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HADJI, C. *Avaliação desmistificada.* Porto Alegre: Artmed, 2001.

JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION (JCEE). *Padrões para avaliação de programas.* London: Sage – Thousand, 1994.

LUCHESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem na escola:* reelaborando conceitos e recriando a prática. 2 ed. rev. Salvador: Malabares Comunicação e Eventos, 2005.

NÓVOA, A. Prefácio. In: JOSSO, M-C. *Experiências de vida e formação.* São Paulo: Cortez, 2004. p.11-17.

ROGRIGUES, P. A avaliação curricular. In: ESTRELA, A; NÓVOA, A. (Org.). *Avaliação em educação:* novas perspectivas. Porto, PT: Porto Editora, 1999. p. 15-76.

VIEIRA, M. A; TENÓRIO, R. M. Avaliação em educação como hermenêutica à luz de argumentos possíveis entre Sartre e Freire. In: TENÓRIO, R. M.; VIEIRA, M. A. (Org.). *Avaliação e sociedade:* a negociação como caminho. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 231-252.

TENÓRIO, R. M; GARCIA, R. P. M. Avaliação técnica e pedagógica dos cursos de ensino de ciência a distância no Brasil. In: TENÓRIO, R. M.; VIEIRA, M. A. (Org.). *Avaliação e sociedade:* a negociação como caminho. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 115-146.

YOUNG, M. F. D. *O currículo do futuro:* da "nova sociologia da educação" a uma teoria crítica do aprendizado. Campinas, SP: Papirus, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Instrumento A – rede básica

DIMENSÃO I – BASES NORMATIVAS DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

SUBDIMENSÃO - ASPECTOS LEGAIS E FORMAIS DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

1.1 INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES)

1.1.1	E	a) Há convênio assinado entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e as Secretarias de Saúde (Municipal e Estadual).	(S) (N)
A assinatura do convênio entre a IES e os serviços de saúde é recomendada pela legislação de Estágio curricular supervisionado e contribui para melhor regulamentação do estágio (Lei nº 11.788 de 25/09/2008).			

1.1.2	E	b) Há pagamento do seguro de vida do aluno pela instituição concedente do estágio ou pela instituição de ensino superior.	(S) (N)
É obrigatório o pagamento do seguro de vida para o aluno pela IES ou pela instituição que concede o estágio (Lei nº 11.788 de 25/09/2008).			

1.1.3	E	c) Há termo de compromisso assinado pelo aluno, instituição campo de estágio e IES.	(S) (N)
O termo de compromisso é item obrigatório pela Lei nº 11.788 de 25/09/2008, parágrafo 2º do artigo 3º, como comprovante legal da inexistência de vinculo empregatício.			

1.1.4	E	d) Há normas ou manuais de operacionalização do estágio curricular supervisionado.	(S) (N)
A existência de normas ou manuais escritos contribui para a organização, operacionalização e avaliação dos EC. Este item é obrigatório pela Lei nº 11.788 de 25/09/2008. As normas devem ser elaboradas pelas IES, com conhecimento e participação dos professores, preceptores (profissional responsável pela supervisão e orientação dos alunos no campo de estágio) e alunos.			

<table>
<tr><td>1.1.5</td><td>E</td><td>e) Há definição de atribuições das IES, alunos, serviços e secretarias de saúde explicitadas em documento normativo.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A definição de papeis das instituições (IES, secretaria de saúde/serviço) e dos atores envolvidos (aluno, preceptor, professor) é um requisito fundamental para o planejamento, organização e avaliação do EC, bem como para a pactuação de responsabilidades.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1.1.6</td><td>E</td><td>f) A carga horária do professor orientador está bem definida em documento.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A definição da carga horária do professor é obrigatória, sendo importante para o acompanhamento/orientação do estágio e para as atividades tutoriais, grupos de estudos e avaliação.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1.1.7</td><td>C</td><td>g) Há explicitação de objetivos pedagógicos ou das competências a serem desenvolvidas/aperfeiçoadas pelos os alunos no estágio curricular supervisionado.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A explicitação dos objetivos ou das competências a serem desenvolvidas/aperfeiçoadas orienta o planejamento, acompanhamento e avaliação do EC. Os objetivos e/ou competências para o EC devem visar à formação de um profissional capaz de atuar de forma consciente, reflexiva e ética frente às necessidades e prioridades de saúde da população e do seu campo profissional.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1.1.8</td><td>E</td><td>i) Há explicitação em documento/norma operacional da relação do nº de alunos por professor supervisor.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A definição do número de alunos por professor/supervisor deve levar em conta critérios como: disponibilidade de vagas nos serviços de saúde e distância entre os campos supervisionados pelo professor. Esta definição é fundamental para que o professor possa desempenhar adequadamente seu papel de orientador e articulador do estágio curricular supervisionado.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1.1.9</td><td>C</td><td>j) Há critérios de escolha do campo de estágio, levando em consideração a qualidade dos serviços, perfil da preceptoria e acessibilidade.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">O estabelecimento de critérios de escolha dos campos de estágio, como: qualidade dos serviços, perfil dos preceptores, acessibilidade é requisito para o bom andamento dos EC. Esta é uma obrigação das IES prevista na Lei nº 11.788 de 25/09/2008.</td></tr>
</table>

1.2 SERVIÇO DE SAÚDE

1.2.1	C	a) Há um documento (norma ou manual) sobre operacionalização do estágio curricular supervisionado na US ou no distrito de referência.	(S) (N)
A existência de normas ou manuais elaborados pelos serviços de saúde contribui para a organização, operacionalização e avaliação dos EC e indica amadurecimento destes serviços em relação aos estágios no seu espaço de atuação.			

1.2.2	C	b) Há critérios de escolha dos profissionais de saúde que serão preceptores na US.	(S) (N)
A definição de critérios para escolha dos preceptores, tais como disponibilidade de tempo, experiência profissional, perfil para a prática docente, participação em projetos (de extensão, de pesquisa ou cooperação com a IES), é requisito essencial para o bom desenvolvimento do estágio curricular supervisionado. A indicação de um supervisor ou orientador dos alunos em EC, pela instituição que concede o estágio, é um item previsto na Lei nº 11.788.			

1.2.3	C	c) A atividade de preceptoria tem as atribuições bem definidas nos serviços de saúde e explicitadas em documento da US.	(S) (N)
A definição das atribuições do preceptor é fundamental para que este possa exercer suas atividades junto ao aluno, participar do planejamento do EC; de atividades promovidas pela IES e melhor organizar seu tempo.			

1.2.4	E	d) Há critérios para definição do quantitativo de alunos por preceptor.	(S) (N)
O estabelecimento do número de aluno por preceptor favorece o planejamento e a operacionalização do estágio. Para esta definição, deve-se levar em conta a capacidade instalada do serviço de saúde, a legislação de estágio, regulamentações do próprio serviço ou da categoria profissional e da disponibilidade do próprio preceptor.			

1.2.5	E	e) A US dispõe de relação nominal de alunos e de professores supervisores, com especificação do local e serviços, onde será desenvolvido o estágio.	(S) (N)
A existência dessa relação nominal demonstra que o serviço controla a presença dos estagiários no campo e contribui para desenvolver o senso de responsabilidade do aluno em relação a seus atos.			

1.2.6	E	f) A unidade de saúde dispõe de documento para controle do período e turno que o aluno permanecerá no serviço de saúde.	(S) (N)
Esta definição é fundamental para que o serviço possa acompanhar o desenvolvimento do estágio, o número de vagas ocupadas, podendo, assim, melhor planejar e monitorar os EC no seu espaço.			

1.2.7	C	g) A oferta de vagas para o estágio é definida em documento/ normas pela US.	(S) (N)
A definição da oferta de vagas para EC indica compromisso dos serviços de saúde com a formação dos profissionais de saúde/enfermeiros para o SUS, bem como capacidade de organização do serviço para ser campo de estágio.			

1.2.8	E	h) Existe um momento específico de acolhimento e apresentação das normas e rotinas do serviço de saúde para os alunos.	(S) (N)
As atividades iniciais de inserção do aluno são essenciais para o entrosamento do estagiário no campo.			

1.2.9	A	i) Há incentivos da instituição de saúde para o desenvolvimento das atividades de preceptoria nos serviços (financeiro; disponibilização de carga horária, outros).	(S) (N)
A existência de incentivo aos preceptores indica compromisso dos serviços de saúde com a formação dos profissionais de saúde/enfermeiros para o SUS.			

1.2.10	E	j) Há estrutura e instalações adequadas para a realização das atividades de ensino, como: sala de aula, sala de reunião, auditório, biblioteca, equipamentos audiovisuais na US.	(S) (N)
A existência de instalações e equipamentos para o desenvolvimento de atividades pedagógicas nos serviços de saúde indica compromisso com a formação e educação permanente dos profissionais de saúde e das equipes de apoio.			

DIMENSÃO II - CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

SUBDIMENSÃO - PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO

2.1 PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO CENTRADO NAS NECESSIDADES DOS SUJEITOS EM FORMAÇÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1.1	E	A programação de atividades é definida com a participação dos preceptores, professores e alunos.	(S) (N)
A programação realizada de forma compartilhada com todos os atores envolvidos (alunos, preceptores e professores orientadores) favorece o comprometimento de todos, bem como a visão mais integral do estágio e do campo de prática.			

2.1.2	C	A programação e o cronograma de atividades contemplam ações educativas, gerenciais, assistenciais e de investigação a serem desenvolvidas pelos alunos.	(S) (N)
As ações educativas (coletivas e individuais), gerenciais (relacionadas à tomada de decisão e operacionalização dos instrumentos de gestão), assistenciais e de investigação (coleta e análise de dados epidemiológicos, de dados socioeconômicos do território-população e dados produzidos na unidade de saúde) são requeridas para formação do enfermeiro na área da atenção básica de saúde, dado à natureza do seu trabalho nesse campo de atuação.			

2.2 ACOMPANHAMENTO PROCESSUAL

2.2.1	C	a) Há atividades regulares de acompanhamento por parte do professor, ao longo do estágio, com a participação dos preceptores e estudantes.	(S) (N)
O bom desenvolvimento do estágio requer um acompanhamento sistematizado e regular do professor, sendo recomendado que, no primeiro mês, seja semanal e, do segundo mês em diante, podendo ser quinzenal. O processo de acompanhamento permite uma melhor explicitação para o aluno do seu desempenho e o exercício de reflexão necessário para adotar mudanças no desenvolvimento do estágio. Este acompanhamento também permite identificar necessidades de (re)planejamento do estágio.			

2.2.2	A	b) Os instrumentos de acompanhamento permitem ao preceptor monitorar o desenvolvimento das atividades planejadas para o aluno.	(S) (N)
Os instrumentos de acompanhamento do desenvolvimento do estágio permitem ao preceptor equacionar o conjunto das atividades educativas, gerenciais, assistenciais e de investigação que devem ser oportunizadas aos alunos durante estágio curricular supervisionado.			

SUBDIMENSÃO - CORRESPONSABILIDADES ENVOLVENDO IES E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.3 COOPERAÇÃO

2.3.1	A	a) Estão previstos momentos/espaços de apresentação para o serviço dos produtos/resultados realizados pelos alunos ao final dos estágios.	(S) (N)
A colaboração com os serviços de saúde é parte do compromisso da IES. Nesse sentido, a apresentação dos produtos\resultados das ações realizadas pelos alunos é uma forma de cumprir com esse compromisso, sendo também uma estratégia importante para o aluno compreender melhor o sentido da sua atuação naquele campo de prática.			

2.3.2	C	b) Existe oferta de vagas em disciplinas ou cursos oferecidos pela instituição de ensino para os enfermeiros-preceptores.	(S) (N)
É parte do compromisso das IES oferecer oportunidades de atualização e aperfeiçoamento aos preceptores.			

2.3.3	A	c) A IES oferece atividade de educação permanente para a formação pedagógica dos preceptores.	(S) (N)
A participação do enfermeiro-preceptor em processos de educação permanente com foco na sua formação pedagógica é fundamental para que este possa desempenhar o seu papel na condução/orientação do aluno no campo de estágio.			

2.3.4	A	d) A IES e o serviço de saúde atuam de forma colaborativa, desenvolvendo projetos tais como: extensão, pesquisa operacional, capacitação, gestão e reorganização dos serviços.	(S) (N)
A atuação colaborativa entre a IES e o serviço de saúde visa ao desenvolvimento de projetos de cooperação técnico-científica ou de coordenação interorganizacional, com o objetivo de fortalecer a articulação e integração ensino-serviço, criando, assim, condições mais favoráveis para o desenvolvimento dos estágios.			

DIMENSÃO III - DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

SUBDIMENSÃO - ATIVIDADES DO ALUNO NA REDE BÁSICA

3.1 PRÁTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE / ENFERMAGEM

3.1.1	E	O aluno realiza levantamento de problemas de saúde para programar ações no território/área de abrangência da unidade.	(S) (N)
A capacidade de levantar problemas no território é a base para o planejamento de ações de saúde voltadas para a realidade local e para a construção ou consolidação de vínculos com a comunidade.			

3.1.2	E	O aluno planeja e executa ações preventivas tomando como base o diagnóstico dos problemas identificados no território.	(S) (N)
O planejamento é fundamental para o bom desenvolvimento de intervenções em saúde\enfermagem.			

3.1.3	E	O aluno planeja e executa atividades assistenciais tomando como base o diagnóstico dos problemas identificados no território.	(S) (N)
O diagnóstico dos problemas de saúde no território deve orientar as práticas assistenciais. Essa ação desenvolve o raciocínio clínico-epidemiológico.			

3.1.4	C	O aluno presta cuidado de enfermagem de acordo com os protocolos assistenciais das ações programáticas, como: pré-natal, prevenção de CA de colo de útero, planejamento familiar, abordagem sindrômica das DSTs, atenção à criança, imunização, diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, curativos.	(S) (N)
Os protocolos assistenciais da atenção básica à saúde devem ser de domínio do aluno.			

3.1.5	C	O aluno realiza adequadamente o encaminhamento para outros profissionais da equipe ou outros serviços de saúde.	(S) (N)
O aluno deve conhecer os níveis de atenção e reconhecer os limites de sua prática em cada âmbito da atenção.			

3.1.6	C	O aluno participa e programa atividades relacionadas à Vigilância Epidemiológica e Sanitária.	(S) (N)
As ações de VE e VS integram as ações de atenção básica e devem fazer parte do conhecimento e da prática do aluno.			

3.1.7	A	O aluno realiza atividades com profissionais de outras categorias ou alunos de outros cursos	(S) (N)
A prática multiprofissional é um dos princípios da formação e atuação na atenção básica à saúde.			

3.1.8	E	O aluno planeja e realiza visitas domiciliares para o cuidado individual e familiar.	(S) (N)
A visita familiar é parte integrante das ações da atenção básica à saúde.			

3.2 PRÁTICA GERENCIAL

3.2.1	E	Há participação do aluno no planejamento das atividades da unidade.	(S) (N)
A participação em atividades de planejamento possibilita uma compreensão mais integral das ações desenvolvidas na unidade, além de maior comprometimento com a prática.			

3.2.2	E	O aluno participa de reuniões periódicas da equipe de saúde.	(S) (N)
A participação em reuniões da unidade oferece oportunidade de desenvolvimento de habilidades de gestão, trabalho em grupo e comunicação.			

3.2.3	E	O aluno supervisiona setores da unidade, como sala de vacina, de procedimentos e de curativos e o serviço de esterilização e higienização.	(S) (N)
A supervisão é atribuição do enfermeiro e proporciona ao aluno o entendimento da dinâmica de funcionamento dos setores da unidade.			

3.2.4	A	O aluno identifica, analisa e atua mediando situações de conflito na equipe.	(S) (N)
A habilidade de análise e mediação de conflitos é parte da formação para o gerenciamento de equipes e serviços de saúde.			

3.2.5	A	O aluno consolida e analisa os dados de saúde produzidos pela US, através dos sistemas de informação.	(S) (N)
Essa atividade proporciona ao aluno conhecer a importância dos sistemas de informação para o monitoramento e avaliação das ações de saúde, do trabalho das equipes e para alimentar o processo de planejamento da unidade.			

3.2.6	E	O aluno supervisiona o trabalho do ACS (Agentes Comunitários de Saúde).	(S) (N)
O enfermeiro é responsável pela supervisão do trabalho dos ACS.			

3.2.7	C	O aluno participa de reuniões do conselho local de saúde ou outras instâncias do controle social.	(S) (N)
A interação do aluno com as instâncias representativas e decisórias da unidade/comunidade possibilita a compreensão do contexto e da importância do controle social para o SUS.			

3.3. PRÁTICA EDUCATIVA

3.3.1	E	O aluno programa e realiza, semanal ou quinzenalmente, atividades de educação em saúde com usuários e /ou setores da comunidade.	(S) (N)
As ações de educação em saúde se constituem como um elemento essencial da atenção básica à saúde e do cuidado de enfermagem nesse âmbito de atuação.			

3.3.2	A	O aluno programa e realiza atividades de educação permanente com a equipe da US, contemplando as necessidades do serviço e dos trabalhadores de saúde.	(S) (N)
Realizar atividades de educação permanente (sessões científicas, revisões de protocolos, cursos, entre outras) deve fazer parte da formação do enfermeiro, tendo em vista que essas ações são parte integrante do trabalho desse profissional.			

SUBDIMENSÃO - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

3.4 INSTRUMENTOS E ESPAÇOS DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

3.4.1	E	O processo de avaliação do aluno é realizado em conjunto com preceptores e professores com utilização de instrumentos.	(S) (N)
A utilização de instrumentos é fundamental para avaliar o desempenho do aluno, considerando conhecimentos, habilidades e atitudes. Esses instrumentos devem permitir uma avaliação ampla e com a participação de todos os atores envolvidos (professores, preceptores e alunos).			

3.4.2	C	Há instrumentos para avaliação do campo, do preceptor e do professor para ser utilizado pelo aluno, com retorno para o preceptor e gestor da unidade.	(S) (N)
Os instrumentos a serem utilizados pelo aluno devem permitir uma avaliação ampla, capaz de fornecer subsídios para a melhoria dos campos de prática e para reorientar, quando necessário, a atuação do preceptor e do professor.			

3.4.3	A	Existem instrumentos/espaços de autoavaliação do aluno (escrita ou verbal).	(S) (N)
A autoavaliação proporciona o desenvolvimento da autocrítica do aluno sobre seu próprio desempenho, assim como o auxilia a localizar-se no seu próprio processo de aprendizagem.			

3.4.4	C	Há espaço de avaliação do estágio no campo com participação de alunos, preceptores e professores.	(S) (N)
Espaços de avaliação compartilhada favorecem a melhoria dos campos de prática, a maturidade dos atores envolvidos e fornece elementos essenciais para o (re)planejamento, quando indicado, e para o planejamento de novas turmas de estágio.			

3.4.5	C	Há elaboração de relatório descritivo-analítico pelos estudantes ao final do estágio.	(S) (N)
A elaboração do relatório final do estágio curricular supervisionado proporciona ao aluno a oportunidade de registrar e refletir sobre a experiência vivenciada. Para o professor e para o preceptor, este é mais um instrumento de avaliação do desempenho do aluno.			

APÊNDICE - B

INSTRUMENTO B - REDE HOSPITALAR

Como não há diferenças na dimensão I no item 1.1 e na dimensão II entre os instrumentos da rede básica e da rede hospitalar, será apresentado apenas o item 1.2 e a dimensão III que retrata as especificidades do estágio curricular supervisionado na rede hospitalar. A subdimensão "avaliação do estágio" também não será apresentada pelo fato de também não diferir da apresentada no instrumento da rede básica.

1.2 UNIDADE HOSPITALAR

<table>
<tr><td>1.2.1</td><td>C</td><td>a) Há, no hospital, um documento (norma ou manual) sobre operacionalização do estágio curricular supervisionado.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A existência de normas ou manuais elaborados pelos hospitais contribui para a organização, operacionalização e avaliação dos EC e indica amadurecimento da organização em relação aos estágios no seu espaço de atuação</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1.2.2</td><td>C</td><td>b) Há critérios de escolha dos profissionais de saúde que serão preceptores na unidade hospitalar.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A definição de critérios para escolha dos preceptores, tais como disponibilidade de tempo, experiência profissional, perfil para a prática docente, participação em projetos (extensão, pesquisa, cooperação), junto a IES, é requisito essencial para o bom desenvolvimento do estágio curricular supervisionado. A indicação de um supervisor ou orientador dos alunos em EC, pela instituição que concede o estágio, é um item previsto na Lei nº 11.788.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1.2.3</td><td>C</td><td>c) A atividade de preceptoria tem as atribuições bem definidas e explicitadas em documento da unidade hospitalar.</td><td>(S) (N)</td></tr>
<tr><td colspan="4">A definição das atribuições do preceptor é fundamental para que este possa exercer suas atividades junto ao aluno, participar do planejamento do EC, de atividades promovidas pela IES e melhor e organizar seu tempo.</td></tr>
</table>

1.2.4	E	d) Há explicitação da relação do nº de alunos por preceptor.	(S) (N)
O estabelecimento do número de aluno por preceptor favorece o planejamento e a operacionalização do estágio. Para esta definição, deve-se levar em conta a capacidade instalada do hospital, a legislação de estágio, regulamentações do próprio serviço ou da categoria profissional e da disponibilidade do próprio preceptor.			

1.2.5	E	e) O hospital dispõe de relação nominal de alunos e de professores supervisores, com especificação do local e serviços onde será desenvolvido o estágio.	(S) (N)
A existência dessa relação nominal demonstra que o serviço controla a presença dos estagiários no campo e contribui para desenvolver o senso de responsabilidade do aluno em relação a seus atos.			

1.2.6	E	f) O hospital dispõe de documento com definição do período e turno que o aluno permanecerá na instituição.	(S) (N)
Esta definição é fundamental para que o serviço possa acompanhar o desenvolvimento do estágio, o número de vagas ocupadas, podendo, assim, melhor planejar e monitorar os EC no seu espaço.			

1.2.7	C	g) A oferta de vagas para o estágio é definida em documento/normas pelo hospital.	(S) (N)
A definição da oferta de vagas para EC indica compromisso do serviço com a formação dos profissionais de saúde/enfermeiros para o SUS, bem como capacidade de organização do serviço para ser campo de estágio.			

1.2.8	E	h) Existe um momento específico de acolhimento e apresentação das normas e rotinas do hospital para os alunos.	(S) (N)
As atividades iniciais de inserção do aluno são essenciais para o entrosamento do estagiário no campo.			

1.2.9	A	i) Há incentivos da instituição de saúde para o desenvolvimento das atividades de preceptoria nos serviços (financeiro, disponibilização de carga horária, outros).	(S) (N)
A existência de incentivo aos preceptores indica compromisso dos serviços de saúde com a formação dos profissionais de saúde/enfermeiros para o SUS.			

1.2.10	E	j) Há estrutura e instalações adequadas para a realização das atividades de ensino, como: sala de aula, sala de reunião, auditório, biblioteca e equipamentos audiovisuais no hospital.	(S) (N)
A existência de instalações e equipamentos para o desenvolvimento de atividades pedagógicas na unidade hospitalar indica compromisso com a formação e educação permanente dos profissionais de saúde e das equipes de apoio.			

DIMENSÃO III – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

SUBDIMENSÃO - ATIVIDADES DO ALUNO NA REDE HOSPITALAR

3.1 PRÁTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE / ENFERMAGEM

3.1.1	E	O aluno identifica problemas de saúde existentes e/ou potenciais no cliente hospitalizado.	(S) (N)
Identificar os problemas de saúde é o ponto de partida para as demais ações de enfermagem.			

3.1.2	E	O aluno planeja e presta assistência de enfermagem a clientes com diferentes graus de necessidades de cuidados.	(S) (N)
A boa prática de enfermagem hospitalar requer um bom planejamento a partir dos diferentes graus de necessidade de cuidados apresentadas pelos clientes.			

3.1.3	C	a) O aluno reconhece/auxilia/atua em situações de urgência e emergência.	(S) (N)
A prática da enfermagem hospitalar requer conhecimento e atuação em situações de urgência e emergência			

3.1.4	A	b) O aluno realiza adequadamente todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) e demais registros realizados no prontuário.	(S) (N)
O domínio das etapas de sistematização da assistência enfermagem faz parte da elaboração do plano de cuidados para o cliente hospitalizado.			

3.1.5	C	c) O aluno corresponsabiliza-se pelo aprazamento, preparo e administração de drogas e soluções ao cliente.	(S) (N)
O aprazamento, preparo e administração de drogas e soluções faz parte das responsabilidades do enfermeiro.			

3.2 PRÁTICA GERENCIAL

3.2.1	A	a) O aluno participa do planejamento das atividades da unidade	(S) (N)
Á participação em atividades de planejamento possibilita uma compreensão mais integral das ações desenvolvidas na unidade e no hospital como um todo, além de maior comprometimento com a prática.			

3.2.2	C	O aluno participa de reuniões periódicas da equipe de enfermagem.	(S) (N)
A participação em reuniões da equipe oferece oportunidade de desenvolvimento de habilidades de gestão, trabalho em grupo e comunicação.			

3.2.3	E	b) O aluno participa da supervisão da equipe de enfermagem sob orientação do preceptor e/ou enfermeiro da unidade.	(S) (N)
A atividade de supervisão possibilita o desenvolvimento da capacidade gerencial do enfermeiro.			

3.2.4	E	c) O aluno corresponsabiliza-se pela distribuição diária da equipe de enfermagem sob orientação do preceptor e/ou enfermeiro da unidade.	(S) (N)
A coordenação da equipe é atribuição do enfermeiro e proporciona ao aluno o entendimento da dinâmica de funcionamento do trabalho da equipe de enfermagem.			

3.2.5	A	d) O aluno identifica, analisa e atua mediando situações de conflito na equipe	(S) (N)
A habilidade de análise e mediação de conflitos é parte da formação para o gerenciamento de equipes e serviços de saúde.			

3.2.6	C	e) O aluno realiza previsão, provisão e controle de materiais de consumo e permanente da unidade.	(S) (N)
Faz parte das atribuições do enfermeiro prover condições para o desenvolvimento das atividades assistenciais da equipe de saúde.			

3.2.7	A	f) O aluno participa da elaboração de relatórios mensais da unidade contendo indicadores de qualidade: óbitos, taxas de permanência, infecção hospitalar, entre outros.	(S) (N)
A elaboração de relatório é uma atividade que permite desenvolver a capacidade de síntese e de análise de dados.			

3.2.8	E	g) O aluno realiza provisão de pessoal mensal para o trabalho na unidade.	(S) (N)
A elaboração mensal da escala da equipe de enfermagem é obrigatória, e devem ser utilizados para isso os instrumentos legais de dimensionamento de pessoal de enfermagem, normatizados pela entidade de classe e pela organização hospitalar.			

3.2.9	E	h) O aluno participa da passagem do plantão de trabalho.	(S) (N)
A passagem de plantão é atividade cotidiana no ambiente hospitalar e é essencial para a continuidade dos cuidados aos clientes e para o funcionamento adequado da unidade.			

3.2.10	E	i) O aluno supervisiona o serviço de organização e estética da unidade	(S) (N)
A supervisão do trabalho de higienização, de hotelaria e de organização do espaço físico da unidade é parte das atividades do enfermeiro em unidades hospitalares.			

3.2.11	A	j) O aluno acompanha/realiza auditoria em serviço (de registro, de custo ou do cuidado).	(S) (N)
O acompanhamento/realização de auditoria permite ao aluno desenvolver habilidades administrativas e de avaliação do serviço.			

3.3 PRÁTICA EDUCATIVA

3.3.1	C	O aluno programa e realiza atividades de educação em saúde com clientes, familiares ou cuidadores.	(S) (N)
As ações de educação em saúde são essenciais na formação do enfermeiro e estas devem ocorrer em todos os espaços da atenção, inclusive no hospital. Nesse espaço, elas são fundamentais para o preparo do cliente, familiar ou cuidador, para a alta hospitalar e os cuidados necessários no domicílio.			

3.3.2	A	O aluno programa e realiza atividades de educação permanente com a equipe de enfermagem, contemplando as necessidades do serviço e dos trabalhadores de saúde.	(S) (N)
Realizar atividades de educação permanente (sessões científicas, revisões de protocolos, cursos, entre outras), deve fazer parte da formação do enfermeiro, tendo em vista que essas ações são parte integrante do trabalho desse profissional.			

Capítulo VII

AVALIAÇÃO DOS CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NA BAHIA

Mônica Moura da Costa e Silva
Rosanita Ferreira Baptista
Isabela B. Sales J. Ayres
Sônia Cristina L. Chaves

INTRODUÇÃO

No Brasil, a política de Atenção à Saúde do Trabalhador, por meio das portarias nº 1.679/2002, 2.437/2005 e 2.728/2009, vem sendo instituída mediante a estratégia de implantação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), responsáveis pelo planejamento, avaliação e execução das ações de Saúde do Trabalhador (ST) em uma Área territorial de Abrangência (AA). Tais centros, em articulação com os demais serviços da rede do SUS municipal e outros setores de governo, compõem a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Eles atuariam no âmbito locorregional, numa área de

abrangência composta por diversos municípios, assumindo assim "o papel de suporte técnico e pólo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças", bem como "[...] lócus de pactuação das ações de saúde intra e intersetorialmente". (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 1)

Além disto, de acordo com as portarias anteriormente citadas, os centros regionais atuariam em diversas frentes, desde a assistência aos adoecidos pelo trabalho, às ações de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores (VISAT), de educação permanente, comunicação social, produção de estudos e pesquisas, além das ações de caráter técnico-gerencial, sejam para garantir intervenções intersetoriais, sejam para viabilizá-las nos territórios locorregionais. (BAHIA, 2009b)

A implementação da RENAST, como estratégia de descentralização da Vigilância à Saúde, implica um duplo desafio. De um lado, realizar mudanças na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde na lógica de uma rede em saúde. Este desafio demanda integração e atuação solidária, definição de objetivos comuns e complementares, redução de atritos e conflitos entre atores (que compõem a rede) na busca pela flexibilidade, coordenação, participação cidadã, transparência, modernização tecnológica, profissionalização dos atores, retroalimentação e aprendizagem constantes, dentre outros aspectos. (OUVERNEY, 2008) Por outro lado, demanda, também, avaliar em que medida as mudanças estão acontecendo, e, nesse sentido, rever as estratégias inicialmente adotadas, considerando as dificuldades e contradições encontradas quando da operacionalização do modelo sugerido nas portarias da RENAST. (BAHIA, 2009d, 2009c)

Faz-se necessário investir no aumento da capacidade técnico-política, em especial no âmbito da DIVAST, dada a sua responsabilidade de coordenação estadual da RENAST, o que demanda processos de acompanhamento e avaliação sistemáticos dos sistemas e serviços de saúde que compõem a rede, envolvendo os formuladores de políticas e

programas, os usuários internos (profissionais) e externos (usuários) do sistema. Dessa forma, em relação a objetos de estudo pouco avaliados como a RENAST, processos avaliativos podem ser considerados estratégicos para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Ressalta-se que, na Bahia, no período 2007-2009, a RENAST assumiu temporariamente uma configuração específica, passando a contemplar, além dos CEREST, as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), as Unidades Sentinelas (US) no âmbito da rede pré-existene do SUS municipal e os Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUSAT) no âmbito das secretarias municipais da Saúde (SMS).

As dimensões territoriais do estado e a diversidade sociocultural que o caracteriza, aliada às especificidades do campo da ST, reforçam a importância e necessidade de construção de processos avaliativos pertinentes. Além disto, a RENAST, estratégia em fase de implementação, constitui-se como um objeto em processo de definição, dinâmico e multifacetado. No período de 2008-2009 inicia-se, na Bahia, um movimento de rediscussão desta rede, e, no âmbito do Ministério da Saúde, um processo de revisão das portarias ministeriais. Diante de tal contexto, optou-se por iniciar o processo avaliativo tendo como foco as ações desenvolvidas pelos CEREST já implantados.

Teve-se o cuidado de, ao recortar o objeto, não reduzi-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expressasse toda a riqueza e diversidade de contextos e atores regionais e locais, além de valores/dinâmicas que configuram o SUS em seus avanços e pontos críticos. Nesse sentido, procurou-se reforçar, no modelo da avaliação adotado, o seu caráter formativo, e, portanto, pedagógico e reorientador das políticas e práticas no campo da ST, superando o enfoque punitivo e burocrático de certas avaliações normativas.

O objetivo desse trabalho é, portanto, apresentar a experiência de avaliação iniciada em 2008, em parceria com os CEREST e DIRES. A ênfase será na discussão da metodologia adotada que ainda encontra-se

em construção. O primeiro momento deste processo, já concluído, teve como foco a avaliação de desempenho dos centros regionais. A partir desta experiência que envolveu as equipes técnicas do DIVAST/CESAT, CEREST e DIRES, pretende-se avançar nos ajustes teórico-metodológicos necessários, tendo em vista aprofundar o acompanhamento e avaliação sistemática na perspectiva de rede.

Assim, avalia-se em que medida a implantação e operacionalização dos CEREST têm ocorrido em conformidade com o modelo de CEREST discutido em 2007 (BAHIA, 2007), levando-se em conta os diversos pontos críticos mapeados com os atores locorregionais no período 2008-2009. (BAHIA, 2009b, 2009d, 2009c) Para tal, consideram-se três grandes componentes a serem analisados no processo de avaliação, a saber: contexto, gestão e atenção em saúde do trabalhador, a partir dos quais foram definidos dimensões, subdimensões e critérios para avaliação.

OBJETIVOS

Optou-se por articular o programa de educação permanente em saúde do trabalhador, 2007-2008, com o processo de avaliação do desempenho dos CEREST, objetivando:

- Estimar o grau de desempenho dos CEREST com base no seu plano de ação a partir dos componentes – Contexto, Gestão e Atenção em ST;

- Discutir a influência dos componentes[1] na implementação dos doze CEREST implantados na Bahia naquele período (2007-2008);

- Apontar os componentes, dimensões e subdimensões que se mostraram mais críticos em todos os casos estudados.

[1] Contexto, Gestão e Atenção em ST.

MARCO TEÓRICO

A avaliação em saúde contempla realidades múltiplas e diversas, abrangendo desde julgamentos subjetivos sobre determinada prática de saúde até pesquisas avaliativas que utilizam métodos e técnicas ditos científicos. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SILVA; FORMIGLI, 1994)

A avaliação em saúde pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, a partir da comparação entre a situação encontrada e um parâmetro e/ou uma meta preestabelecida (situação-objetivo ou ideal/padrão-ouro). (CONTANDRIOPOLOS et al., 1997)

O nosso desafio, portanto, é construir análises sobre as práticas, ações, programas e serviços de saúde, visando principalmente subsidiar a tomada de decisão com o propósito de reorientá-las. (CONTANDRIOPOLOS et al., 1997; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) Em um contexto específico, o processo de avaliação deve informar sobre o alcance de objetivos propostos ou a efetividade das intervenções realizadas, permitindo, assim, identificar os fatores que incidem sobre os resultados parciais ou final encontrados.

Tem-se observado, entretanto, fragilidades da avaliação no cotidiano da gestão em saúde, sendo esses processos muitas vezes incipientes e pouco incorporados às dinâmicas dos serviços de saúde. Neste sentido, a avaliação em saúde tem se caracterizado como uma prática prescritiva, burocrática e punitiva que é subsidiária de um processo de planejamento e gestão em saúde igualmente normativo. (BRASIL, 2004) Assim, termina por não oferecer subsídios ao processo decisório e nem se constitui numa oportunidade de formação dos sujeitos que deveriam estar nela envolvidos. (BRASIL, 2004)

A diversidade de contextos nos quais a avaliação em saúde é aplicada tem contribuído para uma polissemia conceitual e metodológica. Portanto, faz-se imprescindível explicitar os termos e perspectivas

teórico-operacionais do seu uso. (SILVA; FORMIGLI, 1994; CONTANDRIOPOLOS et al., 2000) Além disso, deve-se considerar, na definição do marco teórico-metodológico, que a perspectiva a ser adotada poderá trazer implicações relevantes para o fortalecimento da capacidade técnica no âmbito da gestão em Saúde, bem como para sustentação e continuidade destes processos avaliativos.

Entende-se que a avaliação, participativa e plural, possibilita o "empoderamento" e aprendizagem da equipe técnica envolvida. Conforme observa Tanaka e Melo (2004, p. 77), a ênfase no rigor científico dos processos de avaliação levou ao predomínio da medição quantitativa dos objetos e atributos a serem avaliados. A incorporação de elementos qualitativos na avaliação proporciona a valorização dos sujeitos no processo de avaliar (GUBA; LINCON, 1989; PATTON, 2002; TRAD et al., 2002; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) e põe evidência no modo como tais processos são conduzidos, o que pressupõem dialogo e participação. Assim, este movimento rompe com a idéia de que o processo avaliativo deva ser feito por um especialista, na condição de avaliador externo à instituição.

Convergentes com o caráter participativo que orienta o processo de construção desta proposta, procurou-se desenhar uma proposta que propiciasse uma maior integração e organicidade entre os atores, que já têm como desafio atuarem na perspectiva de rede. Deste modo, optou-se por articular duas modalidades básicas de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa de cunho operacional. Este texto relata, especificamente, a avaliação de desempenho de caráter normativo, conforme descrito no item metodologia, como uma primeira etapa que poderá ser desdobrada posteriormente na pesquisa operacional.

METODOLOGIA

A proposta de construir metodologias de avaliação, tendo como alvo a RENAST na Bahia, nasce num contexto de valorização do pla-

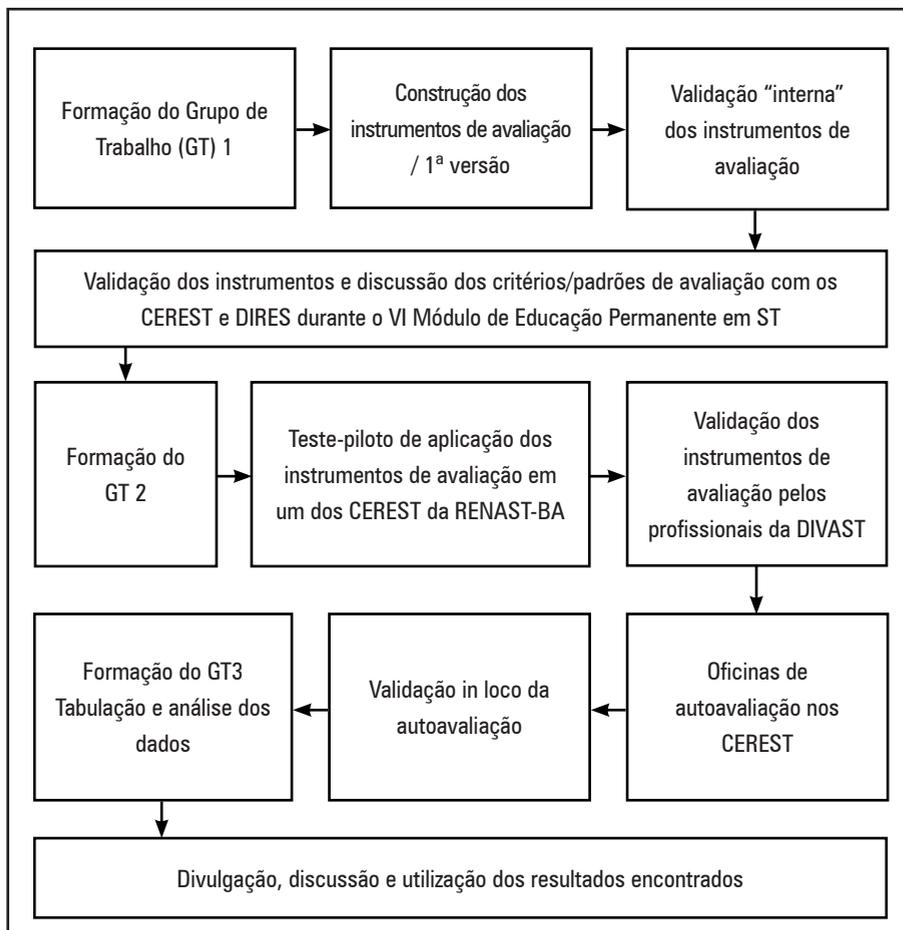
nejamento, acompanhamento e avaliação participativos no âmbito da DIVAST articulada ao movimento de fortalecimento dos CEREST e da RENAST enquanto parte integrante do SUS. Nesse sentido, destacam-se diversas iniciativas da DIVAST nas seguintes linhas de ação: (i) educação e formação em ST; (ii) assessoria e acompanhamento técnico aos municípios; (iii) monitoramento e análise das bases de dados de interesse para a ST; (iv) assessoria e execução, em caráter complementar, de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); (v) fortalecimento e integração das instâncias de controle social na RENAST/BA, além do esforço de articulação com as DIRES no sentido de apoiar a DIVAST/CESAT no desenvolvimento de diversas ações.

Assim, em 2007, formou-se um grupo de trabalho composto por técnicos das coordenações da DIVAST/CESAT que, em parceria com pesquisadores convidados da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB)2, delineou uma proposta de pesquisa operacional para a avaliação de implantação da RENAST na Bahia, constituindo-se o ponto de partida para as estratégias a serem desencadeadas posteriormente. Diante das dificuldades de operacionalizá-la, ainda em 2007, e em face de demandas relativas ao fortalecimento do processo de planejamento recém-retomado, bem como ao movimento de revisão da portaria da RENAST, optou-se por uma nova estratégia. Decidiu-se partir para a avaliação de desempenho das ações dos CEREST, resgatando a atividade de acompanhamento que o órgão já realizava anualmente, com a incorporação de elementos metodológicos e teórico-conceituais advindos tanto da literatura sobre avaliação de programas e políticas de saúde, discutidos no processo de construção da proposta de pesquisa operacional, quanto da Política de Educação Permanente no âmbito do SUS e do seu programa proposto pela DIVAST. (BAHIA, 2007) É exatamente esse processo de construção metodológica, sua especificidade e etapas que será apresentado a seguir.

---

[2] Nesta fase, a equipe contou com o suporte de uma pesquisadora, doutora em Saúde Coletiva, com experiência na área de Avaliação em Saúde (MS/Atenção básica).

A proposta de avaliação de desempenho das ações realizadas pelos CEREST desenvolveu-se em quatro etapas, conforme sistematizado na figura 1: primeira etapa, centrada na construção coletiva da proposta metodológica; segunda etapa, voltada para a aplicação in loco dos instrumentos validados; terceira etapa, destinada à tabulação e análise dos dados coletados e elaboração de relatórios; e quarta etapa, voltada para a discussão e validação dos resultados obtidos, em espaços coletivos de discussão, dentre eles o seminário da RENAST, realizado no início de 2009.

Figura 1 - Processo de construção e as etapas da avaliação

Portanto, o processo de construção foi iniciado a partir de uma proposta preliminar, primeira versão das matrizes de indicadores, amplamente discutida pela equipe técnico-dirigente da DIVAST que tomou como ponto de partida as atribuições pactuadas pelos CEREST de acordo com o Plano de Ação 2007-2008 e sistematizadas em documentos elaborados[3] no seminário RENAST/BA em abril de 2007. (BAHIA, 2007) Utilizou-se como referenciais teórico-metodológicos a − *Proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* – (AMQ) sistematizada na publicação do Ministério da Saúde *Avaliação para melhoria da qualidade e qualificação da estratégia saúde da família* − BRASIL, 2005 e a *Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil* (VIEIRA-DA-SILVA, et al., 2005), inclusive para a elaboração das matrizes de avaliação. Vale dizer que a 1ª versão destas matrizes também foram discutidas com 51 integrantes da RENAST-BA, dentre técnicos e coordenadores dos 12 CEREST e técnicos de referência das nove DIRES que participavam do sexto módulo do programa de educação permanente em ST desenvolvido pela DIVAST. (BAHIA, 2007) Neste módulo, a temática central abordou a avaliação em saúde, tendo como uma das tarefas do grupo a validação da proposta de avaliação dos CEREST.

Numa etapa subsequente, denominada de autoavaliação, foi estabelecido sob condição da equipe técnico-dirigente de cada um dos CEREST a realização de oficinas de trabalho locais, a partir das matrizes avaliativas validadas no sexto módulo do programa de educação permanente em ST, contando com a participação de todos os seus integrantes. Vale ressaltar que as matrizes deveriam ser preenchidas a partir de consensos estabelecidos em equipe. Os CEREST comprometeram-se também em organizar documentos técnico-gerenciais considerados como fonte de dados para atestar a realização de determinadas ações,

[3] Plano de Ação e Plano Operativo dos CEREST; agenda mínima de trabalho entre o DIVAST/CESAT e os CEREST.

em especial aquelas relativas ao seu plano de ação. Esta etapa foi finalizada com entrevistas e análise documental quando da visita de técnicos da DIVAST aos 12 CEREST. As visitas *in loco,* além de servirem para a conclusão do processo de coleta de dados, tiveram como finalidade o acompanhamento e assessoramento do processo de autoavaliação dos CEREST, verificando inclusive o grau de rigor metodológico adotado pelas equipes dos CEREST. Após as visitas, constituiu-se um novo grupo de trabalho na DIVAST que deu prosseguimento ao processo, discutindo e analisando os dados obtidos e sistematizando os resultados que foram divulgados na forma de relatórios de desempenho de cada CEREST. Buscou-se, assim, que a proposta de avaliação se aproximasse do modelo denominado de avaliação de quarta geração, que se caracteriza pelo processo de discussão com a qual é construída, levando-se em conta as diferentes perspectivas dos atores envolvidos no processo. (TANAKA; MELO, 2004)

A matriz de análise foi elaborada a partir de três componentes (contexto, gestão e atenção em ST) desenhados para avaliar o desempenho das ações desenvolvidas pelos CEREST no ano de 2008. A pontuação para cada um destes componentes foi consensuada por todo o grupo que participou do processo de construção das matrizes. Os três componentes foram avaliados segundo sete dimensões descritas na figura 2.

Figura 2 – Componentes, dimensões e subdimensões utilizados

COMPONENTES	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
CONTEXTO	1ª. Político-Institucional	Projeto de Governo Capacidade de Governo Governabilidade
GESTÃO	2ª. Práticas de gestão e organização de serviços	Planejamento e programação das ações Mecanismos de monitoramento das ações Articulação intra-setorial (setor saúde) e intersetorial Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social Sistema de informação e gerenciamento Organização administrativa e acesso ao serviço Estratégias de integração na rede SUS
	3ª. Infraestrutura	Sede de CEREST Instalações no CEREST Disponibilidade de material de consumo para provisão sistemática e regular do CEREST Manutenção preventiva e corretiva Disponibilidade do veículo do CEREST Segurança da sede
	4ª. Desempenho do Plano de Ação / Cumprimento de metas	-

COMPONENTES	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
ATENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR	5ª. Práticas de atenção e vigilância à saúde do trabalhador no município sede de CEREST	Vigilância em ambientes e processos de trabalho Organização e operacionalização da rede sentinela Assistência à saúde do trabalhador
	6ª. Práticas coletivas de comunicação, educação permanente/ formação em ST no município sede de CEREST	Comunicação em saúde do trabalhador Divulgação da situação de ST Realização de Estudos Educação Permanente em Saúde do Trabalhador
	7ª. Práticas de ST nos municípios da área de abrangência	Vigilância em ambientes e processos de trabalho Assistência em saúde do trabalhador Rede Sentinela Educação permanente em saúde do trabalhador Comunicação em saúde do trabalhador

Para cada dimensão, foram selecionados subdimensões e critérios sistematizados na matriz de análise utilizada pelas equipes locorregionais no momento da autoavaliação.

A título de exemplo, na dimensão "Político Institucional" temos a subdimensão "Projeto de Governo".[4] Para concluir se existia ou não um projeto de governo local no âmbito da saúde do trabalhador, era necessário cumprir os cinco critérios abaixo descritos, conforme especificado

[4] "O projeto de governo se refere ao conjunto de proposições elaborado pelos dirigentes locais visando ao alcance dos seus objetivos e expressaria a conjunção do capital político e intelectual aplicados numa proposta de ação." (MATUS, 1997 apud HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 210) A capacidade de governo corresponderia aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações. Já a governabilidade diz respeito às condições relacionadas à implementação das ações propostas, como respostas e antecipações, considerando os obstáculos e oportunidades que o meio oferece a essas propostas. (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005)

nos padrões. Vale dizer que os padrões foram definidos na intenção de minimizar as dúvidas surgidas no processo de avaliação. Então, vejamos:

- Critério 1: a Saúde do Trabalhador (ST) está contida no eixo da Vigilância à Saúde ou em outros eixos do Plano Municipal de Saúde (PMS).

O padrão referia-se à definição clara e textual da Saúde do Trabalhador como estratégia de promoção, prevenção e vigilância da saúde, descrita no Plano Municipal de Saúde (PMS).

- Critério 2: o Plano de Ação de Saúde do Trabalhador está aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

O padrão referia-se à existência de Plano de Ação (PA) escrito e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde devem estar expressas as ações de ST com as metas a serem executadas no âmbito locorregional.

- Critério 3: inclusão do CEREST no organograma da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

O padrão estabelecido foi a estrutura organizacional do CEREST representada no organograma da SMS. Foi também considerada resposta afirmativa para este critério quando da existência de documentos que comprovassem a formalização do CEREST mediante decreto, portaria ou ato interno da SMS.

- Critério 4: o Código Sanitário do município sede de CEREST apresenta conteúdo de Saúde do Trabalhador (ST).

O padrão referia-se à presença de conteúdo de Saúde do Trabalhador no Código Sanitário Municipal.

- Critério 5: a gestão municipal desenvolve estratégias para a regulamentação dos direitos trabalhistas dos profissionais.

O padrão foi a existência de documentos apontados pelos CEREST que explicitavam as "iniciativas" para a regularização dos vínculos empregatícios dos profissionais por parte da SMS.

Cabe esclarecer que o componente Contexto, espaço loco municipal onde as ações são executadas, leva em consideração três elementos do triângulo de governo (MATUS, 1997 apud HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) que constituem um sistema singular e interdependente, a saber: projeto de governo, capacidade de governo, governabilidade.5 Pode-se dizer que, para a implantação de uma dada proposta de atenção em saúde, é necessária uma relação sinérgica entre esses três elementos. Por isso, a análise do componente contexto foi realizada à luz dos elementos deste triângulo matusiano, sistematizados na 1ª dimensão Político-Institucional, conforme a matriz de avaliação elaborada (ver figura 3).

Os demais componentes (gestão e atenção a ST) com suas subdimensões foram elaborados de modo a dar ênfase nas praticas desenvolvidas, levando em conta a atribuição ou responsabilidade do CEREST definidas na época. Ao componente Gestão, acrescentou-se a dimensão infraestrutura, levando em conta que alguns CEREST eram recém-habilitados, bem como os compromissos assumidos nos Planos de Ação elaborados para o biênio 2007-2008, como era a orientação da portaria da RENAST então vigente (ver figuras de 4 a 8).

A avaliação de desempenho dos CEREST foi feita a partir da pontuação obtida dos três componentes em suas respectivas dimensões e subdimensões considerando que:

1. A pontuação obtida foi comparada com o total de pontos máximos em cada dimensão e subdimensão, conforme definido no processo de construção do instrumento de coleta;

[5] Avaliação frequentemente conduzida durante a implementação de um programa, e que tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo. (SCRIVEN, 1991 apud VIEIRA-DA-SILVA et al., 2005)

2. Para a análise do desempenho do CEREST, foi definida a seguinte escala de medição com a respectiva pontuação:

   a) Até 200 pontos: Desempenho Insuficiente
   b) De 201 a 300 pontos: Desempenho Incipiente
   c) De 301 a 400 pontos: Desempenho Regular
   d) De 401 a 500 pontos: Desempenho Consolidado
   e) De 501 a 600 pontos: Desempenho Avançado

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O componente Contexto teve como objetivo identificar alguns fatores relacionados ao contexto municipal que pudessem influenciar o desenvolvimento das ações de ST no âmbito dos CEREST, através da análise da dimensão político-institucional. Buscou-se evidências quanto ao desenvolvimento do campo da ST no âmbito municipal, principalmente nos aspectos relacionados à coordenação e a equipe técnica do CEREST e ao financiamento das ações de ST, considerando: (i) evidência de que a SMS incorpora a ST como uma área de atuação legítima, em coerência aos compromissos expressos no PMS; (ii) evidência de repasse dos recursos financeiros da RENAST para o Fundo Municipal de Saúde; (iii) apoio da gestão municipal na liberação de recursos para desenvolvimento das ações e aquisição de equipamentos e mobiliários que asseguram o pleno funcionamento do CEREST; (iv) prestação de contas dos recursos da RENAST ao controle social do SUS municipal, como forma de dar transparência na gestão dos recursos públicos, entre outros.

Vale enfatizar que o componente teve sua análise pautada na matriz avaliativa preenchida pelas equipes e os resultados foram verificados *in loco,* à luz dos documentos oficiais: plano municipal de saúde, plano de ação ST, documentos e atas do conselho municipal de saúde, leis, decretos e portarias municipais, código sanitário do município, entre outros. Contou-se, também, com os relatos dos técnicos das equipes dos CEREST e DIRES, quando da visita técnica para avaliação.

Como se tratou de uma abordagem predominantemente normativa, a avaliação da dimensão político-institucional ficou restrita apenas a alguns aspectos que, certamente, não contemplam a complexidade da realidade locorregional – mas nessa dimensão fornecem indícios relevantes para uma análise de desempenho dos CEREST e para a atuação da DIVAST enquanto coordenação estadual da RENAST/BA.

Na Figura 3, apresenta-se um resumo dos principais resultados do componente Contexto:

Figura 3 - Resultados da dimensão político-institucional, 2008 (BAHIA, 2009a) [6]

DIMENSÕE/SUBDIMENSÕES	VARIAÇÃO (%)		PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D - POLÍTICO INSTITUCIONAL			90	
Sd. PROJETO DE GOVERNO	16,7	100	30	
Conteúdo de ST no PMS				**Sd**. Cinco Cerest tiveram pontuação inferior a 70% e, apenas um, com pontuação inferior a 50%
Aprovação do Plano de Ação de ST pelo CMS				
Inclusão do CEREST no organograma da SMS				
Conteúdo de ST no Código Sanitário Municipal				
Política de desprecarização de vínculos				
Sd.CAPACIDADE DE GOVERNO	46,7	93,3	30	
Qualificação do Coordenador do CEREST				**Sd**. Seis Cerest com pontuação inferior a 70% e, apenas um, com pontuação inferior a 50%
Tempo do Coordenador no cargo				
Nº de profissionais do quadro técnico, sem considerar o Coordenador				
SMS com autonomia pra realizar despesas relacionadas a ST, c/ recursos da RENAST				
Gestão do trabalho				
Sd.GOVERNABILIDADE	50	96,7	30	
Existência de base política de apoio à ST na Câmara de vereadores				**Sd**. Seis Cerest com pontuação inferior a 70% e nenhum, com pontuação inferior a 50%
Apoio da gestão municipal				
Gestão dos recursos na área				

Conforme se pode observar na figura 3, no geral, a pontuação dos CEREST para o componente Contexto esteve acima das expectativas iniciais. Deve-se considerar, nesse sentido, que os aspectos avaliados, uma

[6] Esta figura foi criada para esta publicação – os resultados constam do Relatório agora citado nas referências Bahia (2009a)

vez focados na abordagem normativa, ainda que importantes, não retratam a dinâmica político-institucional dos municípios sede de CEREST.

De um lado, deve-se ponderar que as três subdimensões (projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo) que compõem a única dimensão deste componente, obtiveram peso igual. Além disto, por exemplo, na subdimensão governabilidade, na medida em que se concentrou principalmente nos aspectos relativos ao acesso a recursos e apoio logístico variou na pontuação entre 50,% e 96,7%. Embora tais fatores contribuam para a operacionalização das ações neste âmbito, não traduzem a complexidade dos diferentes contextos municipais e, portanto, não revelam muitas fragilidades.

Por outro lado, entende-se por que o projeto de governo (conteúdo político) apresentou um desempenho crítico, com uma variação de pontuação que vai de 16,7% a 100%, um reflexo provável da diversidade de realidades contextuais do estado da Bahia, bem como da fragilidade de conteúdos políticos propositivos que podem efetivamente respaldar as equipes técnico-dirigentes dos CEREST no enfrentamento dos problemas de ST locorregionais.

No componente Gestão, avaliaram-se as práticas desenvolvidas no interior dos CEREST em termos de três subdimensões de análise: práticas de gestão e organização de serviços, infraestrutura e cumprimento de metas explicitadas no plano de ação. Dentre os aspectos avaliados, destacam-se as relações interinstitucionais, a participação do controle social no processo de decisão, as estratégias de integração na rede SUS, entre outros.

Conforme se pode observar na figura 4, na síntese da segunda dimensão – praticas de gestão e organização de serviços – as subdimensões Estratégias de integração à rede SUS e Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social obtiveram as mais baixas pontuações entre os CEREST. Assim, evidencia-se importantes elementos a serem consolidados, já que a integração à rede SUS é uma estratégia fundamental para a efetivação das ações de ST. Por outro lado, o

controle social é um segmento essencial no processo de legitimação e fortalecimento político da RENAST, no âmbito locorregional.

No geral, neste componente, a dimensão das práticas de gestão e organização de serviços obteve pior desempenho em relação às demais. No entanto, cabe dizer que a subdimensão organização administrativa e acesso ao serviço apresentaram um bom resultado, o que pode significar que, na maioria dos CEREST, existe uma organização mínima que possa facilitar a estruturação dos seus serviços.

Figura 4 - Resultados da dimensão práticas de gestão e organização de serviços, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIAÇÃO (%)		PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D. PRÁTICAS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS			120	
Sd. Planejamento e programação das ações	15	85	20	
Plano de ação elaborado coletivamente				
Plano de ação elaborado com a participação do Controle Social				**Sd.** Dois Cerest tiveram pontuação inferior a 50%
Plano de ação elaborado com a participação das DIRES				
Plano de ação elaborado com os demais setores da SMS				
Prioridades definidas no plano de ação compatíveis com o potencial de trabalho de um Cerest				
Planos operativos elaborados coletivamente				
Sd. Mecanismos de monitoramento das ações	0	100	10	
Realização de análises regulares e sistemáticas (PA e PO)				**Sd.** Três Cerest com pontuação
Monitoramento do PO com participação do Controle Social				
Sd. Articulação intra-setorial e inter-setorial	46,5	100	15	
Desenvolvimento de atividades integradas com as DIRES				**Sd.** Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Desenvolvimento de atividades integradas com as demais				
Desenvolvimento de atividades integradas com órgãos/sociedade civil				
Desenvolvimento de atividades integradas com área de atenção à saúde da SMS				
Sd. Mecanismos de processos de decisão com participação do Controle Social	0	90	20	
Conselho gestor				**Sd.** Dois Cerest com pontuação
CIST				
Sd. Sistema de informação e gerenciamento	0	100	25	
Regularidade de alimentação do SAI				**Sd.** Três Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão
Regularidade de alimentação do SINAN				
Sistema de gerenciamento das ações instalado no Cerest				
SINAN instalado no Cerest				
Uso da informação para planejamento das ações em ST				
Sd. Organização administrativa e acesso ao serviço	67,7	100	15	
Padronização do funcionamento do Cerest				**Sd.** Nenhum Cerest com pontuação inferior a 50%
Estabelecimento de fluxos internos de modo a propiciara atenção integral				
Estabelecimento de funções/atividades específicas entre profissionais da US				
Sd. Estratégias de integração na Rede SUS	0	100	15	
Organização da ref. e contrareferência dos pacientes às US da rede				
Identificação, junto à Central de Reg./Marc. dos serviços e cotas destinados a ST ref. pelo Cerest				**Sd.** Dois Cerest com pontuação inferior a 50%- um deles não pontuou nessa subdimensão

A dimensão da infraestrutura do CEREST avaliou o espaço físico--arquitetônico, a disponibilidade de equipamentos e logística, bem como a disponibilidade e a facilidade de acesso ao material de consumo, além de aspectos relacionados com a segurança e manutenção, entre outras. Aqui se obteve a maior pontuação no âmbito do componente Gestão, com exceção nas subdimensões segurança da sede e manutenção preventiva e corretiva, que apresentaram uma baixa pontuação na maioria dos CEREST. Cabe dizer que alguns aspectos relacionados à infraestrutura dos CEREST sabidamente insuficientes, tais como dificuldades no uso de carro para atuação na área de abrangência, não foram evidenciados.

Figura 5 - Resultados da dimensão infraestrutura, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIAÇÃO (%)		PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D. INFRAESTRUTURA DO CEREST			50	
Sd. Sede do Cerest	13,3	100	15	
Dimensões adequadas dos ambientes Conforto termico Existência de espaço específico par livros, revistas, informativos, vídeos e demais documentos sobre ST Localização com acesso fácil pra os trbalhadores				**Sd**. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Sd. Instalações no Cerest	0	100	8	
Instalação de telefone e fax Acesso à internet				**Sd**. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Sd. Disponibilidade do material de consumo para provisão sistemática e regular do Cereste	60	100	5	
Boa Satisfatória				**Sd**. Nenhum Cerest com pontuação inferior a 50%
Sd. Manutenção preventiva e corretiva	28,6	100	7	
Infraestrutura e equipamento Veículo				**Sd**. Dois Cerest com pontuação inferior a 50%
Sd. Disponibilidade de veículo do Cerest	0	100	10	
O veículo é usado exclusivamente pelo CEREST O veículo é disponibilizado pela SMS sempre que solicitado				**Sd**. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Sd. Segurança da sede	40	100	5	
Segurança para os profissionais do Cerest Segurança do patrimônio				**Sd**. Seis Cerest com pontuação inferior a 50%

A dimensão do desempenho do plano de ação dada pelo cumprimento de metas foi avaliada e pontuada unicamente a partir de critérios intersubjetivos construídos pelos CEREST. As diretrizes dos planos

com menor desempenho referem-se à informação, comunicação e descentralização das ações de ST.

Contraditoriamente, foi pontuado de forma muito positiva a dimensão do plano relativa às metas de VISAT e a participação da comunidade na gestão. Como observaremos, a seguir, estas práticas não estão consolidadas. Isto pode evidenciar que, no processo de planejamento dos CEREST, as metas estão sendo subdimensionadas e que o gestor não tem prioridades definidas de forma objetiva. Além disto, pode-se sugerir que as metas não têm como foco as ações finais de ST, em especial as voltadas para vigilância de ambientes e processos de trabalho. É preciso considerar as múltiplas tarefas e responsabilidades a serem assumidas pelos centros regionais; muitas delas de caráter político-gerencial que extrapolam sua governabilidade, em especial no que se refere a uma atuação locorregional.

O componente Atenção em Saúde do Trabalhador foi avaliado a partir de três dimensões: práticas de atenção e vigilância à saúde do trabalhador, práticas coletivas de comunicação e educação permanente/formação em ST, ambas no município-sede do CEREST, e práticas de saúde do trabalhador nos municípios da Área de Abrangência (AA), excluindo o município-sede do CEREST.

Figura 6 - Resultados da dimensão Práticas de Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador no município sede de CEREST, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIAÇÃO (%)		PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D. PRÁTICAS DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO SEDE DO CEREST			150	
Sd. Vigilância em ambientes e processos de trabalho	8,6	82,9	70	
Levantamento de atividades produtivas do município				
Cadastramento de empresas				
Inspeções em ambientes de trabalho				**Sd.** Sete Cerest com pontuação inferior a 50%
Investigação de acidentes graves e com óbito				
Projetos de intervenção em vigilância por atividade produtiva e/ou agravo				
Sd. Organização e operacionalização da rede sentinela	0	100	25	
Implantação de 3 unidades sentinela no município sede de CEREST				
Estabelecimento do fluxo da informação com definição de responsabilidades por serviço/unidade				**Sd.** Três Cerest com pontuação inferior a 50% - dois deles não pontuaram nessa subdimensão
Unidades sentinelas implantadas informando regularmente no SINAN				
Acompanhamento e análise das informações de forma articulada com DIRES				
Sd. Assistência à saúde do trabalhador	0	100	55	
Realização de procedimentos individuais				
Realização de procedimentos coletivos				**Sd.** Cinco Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão
Abertura de prontuário para no minimo 50% dos pacientes que demandam o serviço do CEREST				
Percentual do número de investigações diagnósticas concluídas em relação ao número de consultas em medicina do trabalho				

Faz-se necessário salientar que todas as dimensões para esse componente atenção em ST apresentaram baixo desempenho, em especial, as práticas de atenção e vigilância à ST, seja no município-sede, seja na área de abrangência. O comportamento da subdimensão vigilância em ambientes e processos de trabalho, variando de 8,6% a 82,9% foi bastante significativo, tendo-se em vista que os sete CEREST obtiveram desempenho inferior a 50% nessa subdimensão. Ressalta-se, portanto, que todo este componente, em especial o relacionado às praticas de vigilância em ST, apresenta-se como o componente crucial a ser fortalecido e implementado em futuras estratégias e ações da RENAST/BA.

Levando em conta as três dimensões, a mais crítica foi a das práticas de ST nos municípios da área de abrangência, conforme evidenciado na figura 8; o que significa que a maior parte dos CEREST atua no município-sede, não alcançada a abrangência regional prevista.

Dentre as práticas identificadas no componente Atenção em ST, como mostra a figura 6, foi na subdimensão vigilância em ambientes e processos de trabalho que se identificou uma das principais fragilidades, tanto que, dos doze CEREST que foram avaliados, nove apresentaram pontuação inferior a 50%, sendo que cinco não pontuaram nesta subdimensão.

Em relação às práticas coletivas de comunicação e formação em ST no município sede de CEREST, chama a atenção o comportamento sofrível das subdimensões relacionadas à divulgação da situação da ST, bem como as ações de formação/educação permanente, incluindo o envolvimento com os profissionais da atenção básica, ressaltando que alguns CEREST tiveram pontuação inferior a 50%. No entanto, na subdimensão comunicação em ST, nenhum CEREST obteve pontuação inferior a 50%, o que nos faz ponderar sobre a percepção pouco crítica destas equipes em relação ao significado e metodologia desta comunicação, pois se trata, sabidamente, de uma área com carência de profissionais formados e incorporados na equipe de saúde.

Figura 7 - Resultados da dimensão práticas coletivas de comunicação e educação permanente/formação em ST no município sede do CEREST, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIAÇÃO (%) MENOR	MAIOR	PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
D. PRÁTICAS COLETIVAS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO EM ST NO MUNICÍPIO SEDE DO CEREST			80	
Sd. Comunicação em Saúde do Trabalhador	13,3	100	15	Sd. Nenhum Cerest com pontuação inferior a 50%
Organização de eventos em ST conforme previsto no PA e/ou PO				
Utilização de meios de comunicação (jornal, rádio e/ou televisão)				
Elaboração e distribuição de peças comunicacionais (folder, cartaz)				
Sd. Divulgação da situação da ST	0	100	15	Sd. Oito Cerest com pontuação inferior a 50% - sete deles não pontuaram nessa subdimensão
Divulgação dos dados de ST em boletins ou outros documentos de difusão da informação				
Retroalimentação dos profissionais envolvidos nas ações de ST com as informações produzidas				
Sd. Estudos utilizando o conjunto de informações e saberes produzidos no CEREST	0	100	10	Sd. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Realização e divulgação de pelo menos um estudo				
Realização de pelo menos um estudo utilizando o conjunto de informações e saberes produzidos no CEREST				
Divulgação de pelo menos um estudo				
Sd. Educação permanente em saúde do trabalhador	0	87,5	40	Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão
Formação dos profissionais do CEREST				
Formação de profissionais da rede básica				
Formação de profissionais das unidades sentinela				
Organização de atividades de formação para representantes do controle social				
Articulação com a universidade / campo de estágio para envolvimento dos alunos nas atividades desenvolvidas pelos CEREST				

Figura 8 - Resultados da dimensão práticas de Saúde do Trabalhador nos municípios da área de abrangência excluindo o município sede de CEREST, 2008 (BAHIA, 2009a)

Sd. Rede sentinela	
Monitoramento e análise dos dados do SINAN dos municípios da área da abrangência	
Desenvolvimento de ações para integração dos municípios da área de abrangência na RENAST/BA	Sd. Quatro Cerest com pontuação inferior a 50%
Articulação com as DIRES para participação no processo de implantação e acompanhamento da rede sentinela na área de abrangência do CEREST	
Visita ao(s) NUSAT e/ou unidade sentinela em municípios da área de abrangência do CEREST	
Sd. Educação permanente em ST	
Capacitação de técnicos de vigilância dos municípios da área de abrangência do CEREST	
Capacitação dos profissionais envolvidos nas unidades da rede sentinela dos municípios da área de abrangência do CEREST	Sd. Cinco Cerest com pontuação inferior a 50% - todos eles não pontuaram nessa subdimensão
Sd. Comunicação em ST	
Realização de eventos envolvendo as SMS da área de abrangência	
Realização de eventos envolvendo as DIRES da área de abrangência	

DESEMPENHO GERAL DOS CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA BAHIA

Quanto à classificação geral de desempenho dos CEREST, pode-se dizer que 50% deles foram considerados como desempenho regular, 34% como consolidado e 16% como incipiente. Nenhum CEREST foi considerado com desempenho insuficiente ou avançado, sendo que vários não obtiveram desempenho sequer regular em dimensões consideradas fundamentais, evidenciando um resultado caótico quanto ao desempenho avaliado. Esse é o caso da dimensão práticas de atenção e vigilância do componente da Atenção à ST, que teve uma pontuação insuficiente, conforme já citado anteriormente. Isso pode evidenciar que os CEREST ainda estão estruturando suas práticas de ST para poder executá-las de acordo com as referências teórico-operacionais da Vigilância à Saúde do Trabalhador, e que suas equipes ainda carecem de experiência técnica acumulada.

A pontuação obtida é mais crítica na dimensão práticas de ST na área de abrangência, isto aliado a incipiente atuação dos CEREST na realização de ações de atenção integral em ST evidenciam que os mesmos não estão desempenhando o papel de centros de referencia regionais, ou seja, não estão dando retaguarda nem atuando efetivamente no âmbito do seu município e de modo articulado com os demais municípios situados na sua área de abrangência.

Tais evidências identificadas são coerentes com os achados do componente Contexto, em especial relativo ao desempenho insuficiente da subdimensão projeto de governo. É também esperado que os CEREST não atuem desenvolvendo práticas de educação permanente/ formação com outros profissionais do SUS. A incipiência na divulgação da situação da ST pode demonstrar carências quanto ao conhecimento e reconhecimento do território (locorregional) com o olhar da ST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção da proposta de avaliação de desempenho das ações dos CEREST foi articulado, desde o início, à estratégia de educação permanente em ST da DIVAST/CESAT.

Este processo que envolveu diversos atores tem também o mérito de sistematizar, em matrizes especificamente criadas para esse fim, um conjunto de dimensões, subdimensões e critérios de forma a se constituir numa primeira proposta de avaliação, formal e válida. O que contribuiu significativamente para a legitimação de todo o processo de avaliação envolvendo os atores locorregionais que compõem a RENAST/BA.

Com base nos resultados obtidos, foi possível verificar que o modelo de análise de desempenho construído necessita de ajustes, com vistas a torná-lo adequado à complexidade e diversidade do contexto avaliado. Neste sentido, é preciso refinar os instrumentos, de modo a evitar o fato constatado de que alguns CEREST tiveram uma pontuação

geral razoável ou regular, apesar dos pontos críticos identificados, em especial na dimensão relativa às ações de assistência e vigilância em ST e também do componente contexto, que não revelou a complexidade dos contextos políticos institucionais, nos quais os CEREST estão inseridos. Nesse sentido, considera-se também importante que, dando continuidade a este processo, sejam incorporadas outras técnicas de coleta de dados, mais qualitativas, bem como se reavalie os pesos das diversas dimensões e subdimensões, além de alguns padrões estabelecidos.

Mesmo com tais restrições, os resultados apontam elementos significativos de modo que a metodologia construída pode ser considerada como um ponto de partida a ser aprimorado. É preciso enfatizar que a metodologia possibilitou a identificação de contradições que evidenciam aspectos críticos a serem aprofundados, muitos deles sob a responsabilidade dos CEREST. Outros pontos críticos reforçam a necessidade de rever o modelo da RENAST e rediscutir os papeis e responsabilidades dos CEREST junto aos gestores. Assim, em linhas gerais, pode-se afirmar que esta experiência, além de contribuições para fortalecimento da equipe técnica de que dela participou, revela elementos importantes e sinalizadores das áreas insuficientes e CRÍTICAS que demandam novas estratégias para o processo de descentralização das ações de ST na Bahia.

A fragilidade da atuação dos CEREST termina por também evidenciar que existem lacunas não apenas no processo de implantação da RENAST, mas também na atuação das DIRES, da Coordenação Estadual e do Centro de Referência Estadual que precisam ser superadas. Isto aponta para necessidade de reorganização destas instâncias na perspectiva de uma rede de ST integrada ao SUS.

Tanto as ações do componente atenção a ST, bem como a virtualidade da atuação do CEREST na sua área de abrangência nos dão pistas quanto às lacunas referentes ao processo de implantação dos mesmos, em especial no que se refere à pactuação destas áreas de abrangências

e no envolvimento dos gestores locorregionais na construção de pactos e compromissos de atuação articulada. Além disto, chama atenção a ausência de estratégias efetivas de educação permanente/formação direcionadas ao fortalecimento das equipes técnico-dirigentes locorregionais.

Outro elemento a ser considerado é o elenco complexo e variado de ações previsto para um CEREST de gestão municipal e atuação regional. Faz-se necessário rediscutir não apenas o âmbito de atuação dos CEREST, mas também o modelo organizacional mais adequado para que esta instância possa assumir seu papel de retaguarda na rede. Cabe ainda refletir sobre o papel das Secretarias Municipais da Saúde, das Diretorias Regionais de Saúde e das Instâncias Regionais de Pactuação, que possam garantir a integração dos CEREST com as equipes de vigilância da saúde, da atenção básica, hospitalar e pré-hospitalar no município sede e numa dada área de abrangência.

Conclui-se que a diversidade da pontuação obtida nas diferentes subdimensões indica uma heterogeneidade muito grande no desempenho dos CEREST. Isto mostra um desafio a mais na consolidação da rede: como o CESAT, centro estadual, e a DIVAST, enquanto coordenação estadual, podem atuar para o fortalecimento técnico-político dos CEREST e repensar uma nova RENAST?

Diante destas considerações, fica evidente que esses resultados, considerados com os seus limites, podem e devem subsidiar um novo movimento: o de repensar a descentralização da ST na Bahia.

Esta experiência de avaliação representa, deste modo, um ponto de partida para vários desdobramentos. Um deles, certamente, refere-se à continuidade desse processo, seja com o aprimoramento dos instrumentos a serem reaplicados a cada dois anos, seja com a realização de uma pesquisa operacional, de modo a incorporar instrumentos avaliativos bem fundamentados e sensíveis à perspectiva de rede, portanto para além dos CEREST. Certamente, esta potencialidade está em

grande parte relacionada ao modo como devemos sustentar e conduzir este processo: de forma participativa, aberta ao dialogo, permeável ao espanto, questionando o aparentemente óbvio e aprendendo criticamente com o nosso fazer cotidiano na busca pelo fortalecimento de ações integrais em Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da atenção básica. *Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica - diretrizes e orientações* -. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/tdr_planos_estaduais.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade e qualificação da estratégia saúde da família.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/home/pdf/Guia%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20AMQ.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2011.

BAHIA. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Relatório da avaliação de desempenho dos CEREST 2008.* Salvador: CESAT, 2009a. Texto mimeografado.

______. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Relatório do programa de educação permanente em ST 2007 – 2008.* Salvador: CESAT, 2009b. Texto mimeografado.

______. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Documento propositivo da RENAST.* Salvador: CESAT, 2009c. Texto mimeografado.

______. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. In: SEMINÁRIO DA RENAST BAHIA, 2007, Salvador. *Relatório...* Salvador: CESAT, 2007. Texto mimeografado.

______. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. In: SEMINÁRIO DA RENAST BAHIA, 2009, Salvador. *Relatório...* Salvador: CESAT, 2009d. Texto mimeografado.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. (Ed.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 1997. p. 29-47.

______. et al. L´évaluation dasn le domaine de la santé: concepontos et méthodes. *Revue d'Epidemiologie et Santé Publique,* v. 48, n. 6, p. 517-539, dez. 2000.

______. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation.* Newburry Park: SAGE Publications, 1989.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and polices in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, 1999.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulg. Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, 2000.

HARTZ, Z. M. A., VIEIRA-DA-SILVA L. M. (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, 2008.

PATTON, M.Q. *Qualitative research & evaluation methods.2.* (2nd Edition). Newbury Park, CA: Sage Publications, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.* Petrópolis: Vozes, 2004. 90 p.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva,* n. 3, v. 7, p. 581-589, 2002.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 10, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z; VIEIRA –DA-SILVA, L.M. (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE - MATRIZ UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS CEREST: COMPONENTES, DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES

COMPONENTE CONTEXTO
DIMENSÃO I: POLÍTICO-INSTITUCIONAL – 90 pontos
1. Projeto de Governo (30 pontos)
a) A Saúde do Trabalhador está contida no eixo da Vigilância à Saúde (10 pontos) ou em outros eixos do Plano Municipal de Saúde - PMS (6 pontos)
b) O Plano de Ação de Saúde do Trabalhador está aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (3 pontos)
c) O CEREST Regional está formalmente inserido na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (5 pontos)
d) O Código Sanitário do município sede de CEREST apresenta conteúdo de Saúde do Trabalhador (5 pontos)
e) A gestão municipal desenvolve estratégias para a regulamentação dos direitos trabalhistas dos profissionais (7 pontos)
2. Capacidade de Governo (30 pontos)
a) O técnico responsável pela coordenação do CEREST foi selecionado considerando sua formação na área de ST e/ou Saúde Coletiva e/ou experiência prévia (5 pontos)
b) O(a) coordenador(a) do CEREST está trabalhando na coordenação (até 3 pontos)
c) O quantitativo de profissionais do quadro técnico do CEREST se enquadra nos itens (10 pontos)
d) O Secretário Municipal de Saúde tem autonomia para realizar as despesas relacionadas à Saúde do Trabalhador e utilizar o recurso da RENAST (2 pontos)
e) Todos os profissionais que atuam no CEREST são concursados e/ou concursados e contratados (6 pontos)
f) Metade ou mais da metade dos técnicos NS atuais estão no CEREST desde a sua inauguração (4 pontos)
3. Governabilidade (30 pontos)
a) A gestão municipal possui base política de apoio à Saúde do Trabalhador na Câmara de Vereadores (3 pontos)
b) A gestão municipal libera recursos para deslocamento e diárias dos técnicos para participação de eventos quando solicitado (5 pontos)
c) A gestão municipal disponibiliza, quando solicitado, os recursos necessários para a produção e impressão, de no mínimo 02 peças/ano, de material comunicacional do CEREST (4 pontos)

d) A gestão municipal disponibiliza, quando solicitado, recursos para a aquisição de materiais permanentes necessários ao funcionamento e ao desenvolvimento das ações do CEREST (6 pontos)
e) A gestão municipal facilita o acesso às informações para acompanhamento dos gastos com as ações de Saúde do Trabalhador (3 pontos)
f) O Fundo Municipal de Saúde mantém conta específica para o recurso RENAST (3 pontos)
g) A gestão municipal utiliza os recursos da RENAST para pagamento de pessoal, na proporção (3 pontos)
h) A gestão municipal apresenta a prestação de contas dos recursos financeiros da RENAST ao controle social (3 pontos)
COMPONENTE GESTÃO
DIMENSÃO II: PRÁTICAS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - 120 pontos
1. Planejamento e programação das ações (20 pontos)
a) O Plano de Ação (PA) foi elaborado com apoio e participação coletiva dos técnicos do CEREST (3 pontos)
b) O Plano de Ação foi elaborado com a participação do controle social (3 pontos)
c) O Plano de Ação foi elaborado com a participação dos demais setores da SMS (3 pontos)
d) O Plano de Ação foi elaborado com a participação das DIRES (3 pontos)
e) As prioridades definidas no Plano de Ação estão compatíveis com o potencial de trabalho do CEREST Regional (3 pontos)
f) Os Planos Operativos (PO) são elaborados coletivamente com a participação da equipe técnica e de apoio do CEREST (5 pontos)
2. Mecanismos de monitoramento das ações (10 pontos)
a) A equipe técnica do CEREST realiza análises regulares e sistemáticas das ações contidas no Plano de Ação, pelo menos uma vez por ano (3 pontos)
b) A equipe técnica do CEREST realiza análises regulares e sistemáticas das ações contidas no Plano Operativo, pelo menos semestralmente (5pontos)
c) A equipe do CEREST realiza o monitoramento do Plano de Ação ou Operativo com a participação do controle social (2 pontos)
3. Articulação intrasetorial (setor saúde) e intersetorial (15 pontos)
a) A equipe do CEREST desenvolve atividades integradas com a(s) DIRES (2 pontos)
b) O desenvolvimento de atividades do CEREST está integrado com as demais vigilâncias da SMS (4 pontos)
c) O CEREST desenvolve atividades integradas com órgãos/sociedade civil — Sindicatos, Conselho Municipal de Saúde, INSS, DRT, Ministério Público (4 pontos)
d) O desenvolvimento de atividades de atenção à saúde em ST está integrado com atenção básica e Média Complexidade ambulatorial e hospitalar (3 pontos)

4. Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social (20 pontos)
e) O Conselho Gestor está constituído e realizando reuniões sistemáticas (6 pontos)
f) O Controle social está apoiando o CEREST nas decisões junto ao Gestor municipal (6 pontos)
g) A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST no município está Instalada ( ) 8 pontos / Em processo de instalação ( ) 6 pontos
5. Sistema de informação e gerenciamento (25 pontos)
a) O CEREST ou SMS alimenta de forma regular o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS (5pontos)
b) O CEREST ou SMS alimenta, regularmente, o Sistema de Informações de Notificação de Agravos Notificáveis - SINAN (5 pontos)
c) O CEREST possui sistema de gerenciamento das ações instalado (5 pontos)
d) O sistema de informação em saúde SINAN está instalado no CEREST (5 pontos)
e) A equipe técnica do CEREST faz uso dos dados dos sistemas de informação para planejamento das ações de ST (5 pontos)
6. Organização administrativa e acesso ao serviço (15 pontos)
a) O CEREST funciona nos dois turnos (5 pontos)
b) No CEREST existem fluxos internos implantados que garantem atendimento articulado dos diferentes profissionais, de modo a propiciar a atenção integral (5 pontos)
c)No CEREST existem funções/atividades específicas, previamente estabelecidas, para os profissionais (5 pontos)
7. Estratégias de integração na rede SUS (15 pontos)
a) O CEREST está integrado na organização da referência e contrareferência dos pacientes às unidades da rede SUS (5 pontos)
b) A Central de Regulação / Marcação disponibiliza dados dos serviços para os trabalhadores referenciados pelo CEREST (5 pontos)
c) Existe a garantia de cotas para atendimento aos trabalhadores encaminhados pelo CEREST (5 pontos)
COMPONENTE GESTÃO
DIMENSÃO III: INFRAESTRUTURA DO CEREST - 50 pontos
1. Sede de CEREST (15 pontos)
a) O CEREST possui instalações físicas adequadas para o funcionamento da unidade (5 pontos)
b) O CEREST dispõe de espaço adequado, com recepção, sala de espera, consultórios, sala de reuniões e outros ambientes (4 pontos)

c) O CEREST possui espaço reservado para livros, revistas, informativos, vídeos e demais documentos sobre ST (4 pontos)
d) A localização do CEREST é de acesso fácil aos trabalhadores (2 pontos)
2. Instalações no CEREST (8 pontos)
a) O CEREST possui telefone fixo e/ou aparelho de fax em funcionamento (4 pontos)
b) O CEREST possui acesso à internet (4 pontos)
3. Disponibilidade de material de consumo para provisão sistemática e regular do CEREST (5 pontos)
a) Existe disponibilidade de material de consumo para todas as atividades realizadas no CEREST: Boa (   ) 05 pontos / Regular (   ) 03 pontos
4. Manutenção preventiva e corretiva (7 pontos)
a) O CEREST realiza manutenção preventiva e corretiva de sua estrutura física e equipamentos (4 pontos)
b) O veículo do CEREST recebe manutenção preventiva adequada e periódica e corretiva quando necessário (3 pontos)
5. Disponibilidade do veículo do CEREST (10 pontos)
a) O veículo do CEREST é usado: exclusivamente pelo CEREST (   ) 10 pontos/pelo setor de transporte da SMS ou Prefeitura e disponibilizado para o CEREST somente quando solicitado (   ) 07 pontos
6. Segurança da sede (5 pontos)
a) O CEREST possui sistema de vigilância para os profissionais e usuários (3 pontos)
b) O CEREST possui segurança do patrimônio (2 pontos)
COMPONENTE ATENÇÃO EM ST
DIMENSÃO V: PRÁTICAS DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR NO CEREST – 150 pontos
1. Vigilância em ambientes e processos de trabalho (70 pontos)
a) O CEREST identifica e mantém, na unidade, informações, perfis e indicadores referentes ao município sede de CEREST e/ou área de abrangência, necessários ao planejamento e desenvolvimento de atividades de vigilância em ST (3 pontos)
b) O CEREST utiliza como fonte de informação banco de dados de outros órgãos públicos (Secretaria Municipal ou Estadual da Fazenda), a fim de conhecer e acompanhar as empresas em atividade no município (3 pontos)
c) O CEREST realiza cadastramento de empresas a partir da definição prévia de critérios de elegibilidade (5 pontos)
d) O CEREST realiza inspeções a partir de: Levantamento diagnóstico das atividades produtivas do município utilizando critérios de elegibilidade (   ) 03 pontos / Pacientes assistidos na unidade (   ) 03 pontos / Demanda externa (   ) 03 pontos / Duas ou três das opções anteriores (   ) 6 pontos

e) O CEREST realizou, no ano em curso, inspeção com elaboração e conclusão de relatório técnico em: 10 ou mais empresas ( ) 15 pontos / 5 a 9 empresas ( ) 10 pontos / 2 a 4 empresas ( ) 05 pontos
f) O CEREST acompanhou as recomendações propostas nos relatórios técnicos elaborados (7 pontos)
g) O CEREST realiza investigações dos acidentes de trabalho (6 pontos)
h) O percentual das investigações realizadas pelo CEREST em relação às notificações de acidentes graves e com óbito foi: 80% ou mais ( ) 15 pontos / 50 a 79% ( ) 10 pontos / 20 a 49% ( ) 05 pontos
i) O CEREST elabora e executa projetos de intervenção na área de vigilância em saúde do trabalhador (10 pontos)
2. Organização e operacionalização da rede sentinela (25 pontos)
a) Existem três unidades sentinela em ST implantadas no município sede de CEREST (10 pontos)
b) Existe fluxo de informação em ST estabelecido com definição de responsabilidades por serviço/unidade (5 pontos)
c) As unidades sentinela implantadas estão informando regularmente no SINAN (5 pontos)
d) O CEREST realiza o acompanhamento e a análise das informações de forma articulada com a(s) DIRES (5 pontos)
3. Assistência à saúde do trabalhador (55 pontos)
a) O CEREST conhece e desenvolve estratégias da Política do Humaniza SUS (4 pontos)
b) O CEREST realiza atendimento interdisciplinar (4 pontos)
c) O CEREST realiza atividades de grupo/oficinas terapêuticas relacionadas aos projetos desenvolvidos ou de acordo com as demandas/problemas prioritários identificados (10 pontos)
d) O CEREST realiza atividades de educação em saúde em sala de espera (5 pontos)
e) Os prontuários abertos correspondem a, no mínimo, 50% dos pacientes que demandam o serviço do CEREST (12 pontos)
f) O percentual de investigações diagnósticas concluídas pelo CEREST corresponde a: 70% ou mais ( ) 20 pontos / Entre 50 e 70% ( ) 10 pontos
COMPONENTE ATENÇÃO EM ST
DIMENSÃO VI: PRÁTICAS COLETIVAS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO EM ST NO MUNICIPIO SEDE DE CEREST - 80 pontos
1. Comunicação em Saúde do Trabalhador (15 pontos)
a) O CEREST organiza e realiza eventos relacionados à área de ST (6 pontos)
b) O CEREST utiliza meios de comunicação para a promoção da ST ou divulgação de suas atividades (5 pontos)

c) O CEREST utiliza peças comunicacionais (folheto, folder, cartaz, faixa, banner) para divulgação da política e/ou ações da área da ST (4 pontos)
2. Divulgação da situação de ST (15 pontos)
a) O CEREST divulga dados de ST em boletins ou outros documentos de difusão da informação (10 pontos)
b) O CEREST retorna aos profissionais das unidades sentinelas do SUS, informações produzidas através dos dados de ST por eles registrados no SINAN (5 pontos)
3. Realização de Estudos (10 pontos)
a) O CEREST realiza e divulga estudos utilizando o conjunto de informações e saberes produzidos na Unidade (10 pontos)
4. Educação Permanente em Saúde do Trabalhador (40 pontos)
a) O CEREST realiza atividades de formação voltadas aos profissionais do Centro Regional por iniciativa da unidade (10 pontos)
b) Profissionais do CEREST participaram do processo de educação permanente desenvolvido pelo DIVAST/ CESAT (5 pontos)
c) O CEREST realizou capacitação de equipes de PACS/PSF do município sede do CEREST nos 2 últimos anos (7 pontos)
d) O CEREST realiza atividades voltadas à capacitação de profissionais e técnicos de unidades sentinela (8 pontos)
e) O CEREST organiza e realiza atividades de formação para representantes do controle social (8 pontos)
f) O CEREST mantém articulação com instituições de ensino para envolvimento dos alunos nas atividades desenvolvidas pelo Centro Regional (7 pontos)
COMPONENTE ATENÇÃO EM ST.
DIMENSÃO VII: PRÁTICAS DE ST NOS MUNICIPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, EXCLUINDO O MUNICÍPIO SEDE DE CEREST - 70 pontos
1. Vigilância em ambientes e processos de trabalho (25 pontos)
a) O CEREST realiza inspeções/investigações em ambientes de trabalho nos municípios da sua área de abrangência: O CEREST realizou inspeção/investigação em 2 ou mais municípios da área de abrangência ( ) 12 pontos / O CEREST realizou inspeção/investigação em 1 município da área de abrangência ( ) 7 pontos.
b) O CEREST acompanhou recomendações técnicas de relatório elaborado em empresa situada em município da área de abrangência (3 pontos)
c) O percentual das investigações realizadas pelo CEREST em relação às notificações de acidentes graves e com óbito foi: 80% ou mais ( ) 10 pontos / 50 a 79% ( ) 5 pontos / 20 a 49% ( ) 3 pontos.

2. Assistência em Saúde do Trabalhador (10 pontos)
a) O CEREST atende pacientes dos municípios da sua área de abrangência. Em relação ao encaminhamento destes pacientes: O CEREST é procurado para atender os pacientes de municípios da sua área de abrangência após estabelecimento prévio de fluxo. (   ) 7 pontos / O CEREST é procurado para atender os pacientes de municípios da sua área de abrangência sem estabelecimento prévio de fluxo. (   ) 3 pontos.
b) O CEREST mantém fluxo de referência e contrareferência para atendimento dos trabalhadores de, no mínimo, um município da área de abrangência (3 pontos)
3. Rede Sentinela (15 pontos)
a) O CEREST analisa e monitora os dados do SINAN dos municípios da área de abrangência (4 pontos)
b) O CEREST desenvolve ações com municípios da sua área de abrangência para implantação e implementação de unidades sentinela e NUSAT (4 pontos)
c) O CEREST articula com as DIRES da sua área de abrangência para que as mesmas possam participar da implantação e acompanhamento da rede sentinela (4 pontos)
d) O CEREST realizou visitas à NUSAT e/ou unidade sentinela em municípios da sua área de abrangência (3 pontos)
4. Educação permanente em Saúde do Trabalhador (10 pontos)
a) O CEREST realiza orientação/capacitação em ST de técnicos da área de vigilância dos municípios da sua área de abrangência (5 pontos)
b) O CEREST realiza capacitação de técnicos da área de assistência dos municípios da sua área de abrangência (5 pontos)
5. Comunicação em Saúde do Trabalhador (10 pontos)
a) O CEREST realiza eventos envolvendo gestor e/ou técnicos das Secretarias Municipais de Saúde da sua área de abrangência (5 pontos)
b) O CEREST realiza eventos envolvendo as DIRES da sua área de abrangência

Capítulo VIII

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA DE DST/AIDS: UM ESTUDO EM MUNICÍPIOS BAIANOS

Edivânia L. Araujo Santos Landim
Maria do Carmo Lessa Guimarães

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve tanto a definição das regras de operação do sistema quanto das que regem o próprio processo decisório. É norteada também pelo legado histórico das políticas de saúde e pelas novas regras do sistema federativo brasileiro. (ARRETCHE, 2005)

Nesta direção, a estrutura institucional do SUS define como competências do governo federal financiar e coordenar as relações intergovernamentais, enquanto à esfera estadual cabe o papel de dar suporte aos municípios, responsáveis diretos pela gestão dos programas locais.

Ressalta-se que, apesar do forte viés descentralizador da política de saúde brasileira, essa partilha de responsabilidades e funções tem conferido ao governo federal poder para tomar as principais decisões sobre a política nacional de saúde. (ARRETCHE, 2005)

Ao discutir a descentralização das políticas públicas de corte social incluindo a política de saúde, Arretche (2005) considera que o modelo centralizador das políticas de saúde produziu ausência de capacidades estatais nos municípios e concentrou essas capacidades na instância federal, transformando-o no ator mais poderoso nas arenas decisórias de formulação e implementação da reforma. A autonomia política e fiscal é conferida pelo poder de veto aos estados e municípios, por meio da não adesão aos programas federais, o que sugere que o sucesso da descentralização está condicionado ao conteúdo das regras dos programas federais em tornar factíveis os compromissos assumidos pelos governos locais, ou seja, quanto mais custo se impõe aos governos locais, menores as chances de adesão e de sucesso na política de descentralização. (ARRETCHE, 2005)

Apesar do forte consenso nacional obtido no momento de formulação da proposta de descentralização da saúde, transformando-a numa política nacional, deliberada, com divisão de responsabilidades, definição de competências exclusivas e complementares entre as três esferas de governo, observa-se que a sua implementação implica novos enfrentamentos e embates. Isto porque, segundo Guimarães (2000), sendo a descentralização um fenômeno eminentemente político, este implica redistribuição de poder entre as unidades subnacionais, favorecendo conflitos e disputas intergovernamentais, em face principalmente das transferências de recursos e de encargos, que passam a ocorrer concretamente na etapa de sua implementação. (GUIMARÃES, 2000)

Ainda segundo esta autora, tais embates adquirem especificidades a depender do contexto histórico, social, cultural e econômico em que estas transferências ocorrem. Ou seja, os processos de descentralização

de políticas públicas em estados federais podem, por exemplo, reforçar ou não os princípios da separação de competências, da autonomia e da participação dos níveis de governo, orientadores das Federações e que são também potenciais focos de tensão e conflitos de interesse. Por esta razão, para Guimarães e outros (2003), os conflitos decisórios na implantação de políticas descentralizadoras nacionais somam-se àqueles decorrentes da própria estrutura federal. (GUIMARÃES et al., 2003)

Nesta perspectiva, um conjunto de situações levantadas a partir do estudo empírico realizado por Guimarães (2000) sobre a implementação da política descentralizada de saúde no estado da Bahia confirma a ausência de cooperação, principalmente entre a esfera estadual e municipal, não só em relação às transferências de recursos financeiros, que foram entendidas como única atribuição da esfera federal, como também em relação às outras transferências de recursos previstas pelo arcabouço jurídico, institucional e administrativo do SUS e contempladas pelo princípio da complementaridade entre as esferas de governo e entre prestadores de serviços de saúde. Observou-se também que o processo decisório conflituoso foi marcado por interesses das esferas de governo e dos segmentos sociais envolvidos e representados nas instâncias estaduais colegiadas de decisão, além de o poder deliberativo destas instâncias confrontar-se com outros espaços de poder no âmbito estadual e municipal, quando está em jogo o poder destas esferas, e/ou as lógicas distintas para a gestão da saúde.

Arretche (1999) também observou em seu trabalho que o grau de sucesso de um programa de descentralização "está diretamente associado à decisão pela implantação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo ao qual se dirigem" (ARRETCHE, 1999, p. 119), reduzindo os custos financeiros e elevando as transferências no processo de execução, tornando a política atraente. Segundo a autora, o estado da Bahia, com apenas 8% de seus municípios com população superior a 50 mil habitantes e com uma receita

média própria *per capita* de municípios abaixo dessa faixa populacional inferior a R$10,00 (dez reais), foi gerido por sucessivos governos estaduais desfavoráveis à municipalização. Não é por coincidência que na Bahia se encontravam as mais baixas taxas de municipalização da amostra à época do estudo.

Depreende-se, portanto, que a gestão da saúde não ocorre num campo revestido de racionalidades, isento de conflitos de natureza político-ideológica. Paim (2006, p. 82) comunga desta assertiva ao afirmar que "[...] a gestão da saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios [...]". Para este autor, a gestão da saúde pode ser considerada analiticamente em dois aspectos da dimensão de sua ação social, ou seja, ação estratégica e ação comunicativa, voltadas respectivamente para a negociação e o consenso entre dirigente e dirigidos; entendimento e trocas intersubjetivas na constituição dos sujeitos das práticas institucionais de saúde. A interação entre essas ações, por sua vez, implicam a articulação entre os objetos-meio e os objetos-fim para a produção de cuidados com a saúde, o que significa pensar na sua articulação com as instâncias política, econômica e ideológica que compõem a estrutura social. (PAIM, 2006,)

Esse pensamento aproxima-se do entendimento de gestão proposto por Junquilho (2001, p. 306) como "prática social", em que os conflitos éticos e políticos se fazem presentes na vida das organizações e de seus gestores, em que estes são ao mesmo tempo agentes de disciplina e vivenciam conflitos e contradições, inerentes à estrutura social e organizacional.

Para este autor, a gestão não se resume à racionalidade técnica e administrativa dos seus agentes na pactuação de compromissos e projetos comuns, que viabilizem com eficiência e eficácia a produtividade organizacional, mas a uma conjunção de práticas sociais em que os conflitos de interesses são inerentes ao universo organizacional. Por esta

razão é que o autor entende a gestão como uma prática social, técnica e política. (JUNQUILHO, 2001)

Observada a coerência e a conexão entre as ideias acima expostas, infere-se que a implementação da política de saúde revela o momento da sua gestão, aqui concebida como sendo, ao mesmo tempo, espaço e expressão do dissenso, consenso, de conflito, poder, comando e direção do sistema de saúde. Sendo assim, a implementação da descentralização da saúde traduz-se como a etapa de sua operacionalização, ou seja, o seu *modus operandi,* revelando um campo de disputas e barganhas intergovernamentais. (GUIMARÃES, 2000)

Assim, estudos avaliativos sobre o processo de descentralização da saúde, em particular sobre a implementação/gestão de programas de saúde, são importantes no sentido de agregar evidências empíricas sobre a natureza conflituosa deste processo, e sobre os fatores que constrangem a gestão das esferas subnacionais de governo frente aos novos papéis na condução das políticas públicas em seus respectivos territórios, o que lhes foi conferido pela Constituição brasileira de 1988.

Nesta perspectiva, este estudo busca compreender o contexto da descentralização em que opera o Programa de DST/AIDS, ou seja, a sua gestão, comungando do pensamento de Guimarães (2000) de que é no momento da implementação das políticas descentralizadas, ou seja, na gestão dos programas e projetos no âmbito municipal, que se requer a explicitação do conteúdo e da abrangência da descentralização e, por esta razão, é neste momento que os conflitos de poder entre os distintos interesses e atores sociais tomam contornos mais claros.

De acordo com Souza (2002), os governos locais estão respondendo de forma diferenciada à descentralização, cujos resultados se mostram bastante variáveis e “[...] as formas como as relações entre níveis de governos e de governança se estabelecem reforçam os aspectos contraditórios da descentralização”. (SOUZA, 2002, p. 433) Até porque, para a autora, a descentralização apóia-se em duas premissas: na

transferência de poder financeiro e decisório para instâncias, setores ou grupos anteriormente excluídos da estrutura de poder, e na liberdade de essas instâncias decidirem o que fazer com os recursos e poder que lhes foram transferidos. (SOUZA, 2002)

Diante deste cenário, este estudo buscou avaliar a gestão do Programa de DST/AIDS no âmbito municipal no estado da Bahia, no contexto da descentralização da política de saúde, identificando os fatores que interferiram nesta gestão no período de 2007 a 2008.

Considerando que o foco deste estudo reside no *modus operandi* da gestão descentralizada das ações programáticas de DST/AIDS, ou seja, na sua implementação, o conceito orientador desta pesquisa foi tomado de empréstimo de Guimarães e outros (2002), que define a gestão como a "[...] capacidade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão". (GUIMARÃES et al., 2002, p. 6) Tal conceito-guia de gestão, segundo seus autores, foi construído a partir da concepção de governo de Carlos Matos (1986 apud GUIMARÃES et al., 2002), apresentado sob a forma de "triângulo de governo". [1] Nesta direção, GUIMARÃES e outros (2002) assumem uma convergência conceitual entre o ato de "governar" e o ato de "gerenciar" por entender que, tanto em um ato como em outro, estão envolvidas questões normativas, técnicas, administrativas e políticas. Assim, os autores do modelo teórico-metodológico, para avaliar a capacidade de gestão descentralizada, consideram que:

> [...] a capacidade de gestão de uma organização pode ser aferida através da capacidade de formular projetos, políticas, normas legais, das suas capacidades técnicas e administrativas (recursos humanos, ma-

---

[1] Os três vértices do Triângulo de Governo de Matus (1993) contemplam: (i) conteúdo dos projetos de ação propostos, de forma a levar o sistema ao alcance de seus objetivos; (ii) a governabilidade do sistema que se refere ao conjunto de variáveis que, sendo essenciais para a efetivação do projeto de governo, estão ou não sob controle do ator responsável pela condução do projeto de governo; e (iii) a capacidade de governo que se refere ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, experiências etc. do ator e equipe responsável pela condução do projeto de governo.

> teriais e financeiros) que representam as condições logísticas para a execução e da sua capacidade de articular e de mobilizar alianças, parcerias e recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos através das políticas, dos planos e dos programas. (GUIMARÃES et al., 2002, p. 4)

Segundo esses autores, a gestão, em contextos democráticos e descentralizados, requer flexibilidade e autonomia decisória em todos os níveis da Organização, com redução do distanciamento hierárquico e dos entraves burocráticos, associada à prática do compartilhamento das decisões entre os atores institucionais e sociais para sustentar os resultados obtidos, de forma a favorecer a continuidade das ações e a confiabilidade na Organização.

Nesta direção, Guimarães e outros (2002), ao contextualizarem a gestão, defendem a importância de se agregar à sua dimensão política a ideia de sustentabilidade relacionada à institucionalização de mecanismos de gestão e às estratégias empreendidas pela Organização para ampliar e/ou consolidar sua base social de apoio, favorecendo assim o alcance dos resultados pretendidos, a continuidade das ações e a legitimidade política e institucional.

Espera-se que esta análise possibilite compreender os desafios colocados para a gestão municipal no contexto da descentralização, frente a suas novas responsabilidades na execução do SUS e de seus programas de saúde.

Este capítulo está estruturado em cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção 2, são apresentados os procedimentos metodológicos do estudo empírico realizado no estado da Bahia. A terceira seção discute os dados relativos ao programa de DST/AIDS e sua situação no estado. A seção 4 discute os resultados do estudo empírico em observância às dimensões do conceito orientador desta pesquisa, por meio de um modelo teórico-metodológico composto de indicadores, pautado numa concepção de gestão e de descentralização, como fenômenos

de natureza técnica, social e essencialmente política. As considerações finais estão na seção 5, chamando atenção para os desafios colocados para os municípios, na gestão das ações programáticas de DST/AIDS e no contexto da descentralização dos serviços de saúde para implementação do SUS no estado da Bahia.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O modelo teórico-metodológico construído por Guimarães e outros (2002) para avaliar a capacidade de gestão, e que esta pesquisa toma de empréstimo, assume a gestão como um processo dinâmico que envolve três dimensões que se inter-relacionam e se interdependem: (i) dimensão organizacional, entendida como capacidade de formular e decidir com autonomia e flexibilidade; (ii) dimensão operacional como capacidade para manter e ampliar recursos; e (iii) uma terceira dimensão relacionada com a sustentabilidade dos resultados da gestão, atribuída à capacidade de construir parcerias e alianças estratégicas, que confira legitimidade ao poder decisório.

Admite-se aqui que avaliar não é uma tarefa que prescinde de escolhas, inclusive conceituais. Neste sentido, ainda que reconheça que a literatura esteja plena de definições e conceitos sobre avaliação, assume-se como apropriada a concepção de avaliação, defendida por Draibe (2001), como sendo **pesquisa interessada** ou *Policy Oriented,* que tem como objetivo detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações – corrigir rumos do programa ou disseminar lições e aprendizagens – visando à melhoria da qualidade e do seu processo de implementação e do desempenho da política. Da mesma forma, toma como foco da avaliação a gestão, o que significa tratar-se de um tipo de **avaliação de processo**, entendida como aquela que foca as condições e o desenho da Organização, e como são desenvolvidas as ações programáticas – isto é, detecta os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que um dado programa/atividade atinja seus

resultados da melhor maneira possível. (DRAIBE, 2001) Do mesmo modo, a exemplo do que assumiu Guimarães e outros (2002) ao tomar como foco da avaliação a gestão como processo, admite-se que o resultado conclusivo da análise deve sinalizar para um momento específico do processo de desenvolvimento da capacidade de gestão de uma dada Organização, política ou programa. Com isto, evita-se também, segundo os autores acima citados, as armadilhas de avaliações binárias que não geram perspectivas de aperfeiçoamento, seja para os "bons", seja para os "maus".

Para analisar a gestão descentralizada das ações programáticas de DST/AIDS no âmbito dos governos locais como território de práticas de saúde, utilizou-se como estratégia de pesquisa um estudo multicaso,[2] no estado da Bahia, observando-se o corte temporal de 2007/2008.

Para cada uma das dimensões da gestão foi incorporado um conjunto de indicadores e variáveis. Assim, **na dimensão organizacional**, foram selecionados indicadores relativos à autonomia dos municípios frente aos demais níveis de governo, a estrutura do processo decisório, os fatores que interferem no processo de planejamento e implementação das ações, a percepção dos atores institucionais sobre esses fatores, as estratégias utilizadas para superar os problemas/desafios, entre outros. **Na dimensão operacional**, foram incluídos indicadores que possibilitassem a investigação e análise da capacidade do governo local ampliar os recursos materiais, incluindo os recursos tecnológicos, informacionais, financeiros e os insumos estratégicos, a rede de articulações intra e interinstitucionais para organização e produção de serviços assistenciais de DST/AIDS e a regionalização desses serviços etc. **Na dimensão de sustentabilidade,** buscou-se identificar as estratégias utilizadas para formalizar parcerias e alianças, os conflitos e embates

[2] Estudo de mais de um caso sem natureza comparativa.

inerentes à dinâmica das relações sociais, a base social de apoio dos programas municipais de DST/AIDS, as coalizões de forças técnicas, políticas e institucionais, a institucionalização dos mecanismos de gestão, os resultados obtidos, entre outros dados.

Para seleção dos municípios-caso, foram utilizados os seguintes critérios: a) tempo de habilitação à Política de Incentivo ao Programa Nacional de DST/AIDS; b) habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal; c) taxas mais altas de incidência de casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico e município de residência, no período de 2007, de acordo com dados da SESAB/SINAN.

O cruzamento destes critérios levou à seleção dos municípios de Porto Seguro e Santo Antonio de Jesus, ambos com Gestão Plena do Sistema Municipal. Tais municípios estão habilitados à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, desde 2003 e 2007 respectivamente, além de apresentarem as mais altas taxas de incidência de AIDS, quando comparados aos municípios habilitados à referida política no mesmo período.

Para efeito de identificação neste estudo, os municípios citados serão identificados no decorrer da apresentação dos resultados e discussão como municípios "A" e "B", respectivamente, cujos informantes-chave serão assim denominados: Ator 1, para a categoria funcional de Secretários de Saúde; e Ator 2 para os profissionais de saúde que desempenham o papel de Coordenadores do Programa Municipal de DST/AIDS.

A fase de coleta de dados teve início logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual da Saúde, que ocorreu por meio do Ofício nº 290, datado de 28 de julho de 2008, em observância aos critérios de ética em pesquisa na área de saúde, em conformidade com a Lei nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para o levantamento de dados foram utilizados os seguintes procedimentos de coleta e fontes de informação: a) análise de documentos

disponibilizados por meio de arquivos tradicionais ou por via eletrônica; b) entrevistas semi-estruturadas com os gestores da esfera municipal representados pelos Secretários da Saúde e Coordenadores do programa de DST/AIDS; c) observação não participante realizada através de visita aos serviços assistenciais de DST/AIDS (Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA e Serviços de Assistência Especializada – SAE) e à sede do núcleo de gestão do programa.

Foram entrevistados quatro atores institucionais considerados informantes-chave desta pesquisa, conforme citado anteriormente. Tal ato foi precedido do consentimento formal dos participantes, que também concordaram com a gravação das entrevistas, as quais foram posteriormente transcritas e analisadas, juntamente com as observações de campo.

A análise desses dados primários orientou-se pela triangulação de informações, recomendável para estudos de caso, buscando-se identificar aspectos e situações distintas, pontos de convergência e de oposição entre os informantes-chave analisados à luz do conceito de gestão e de descentralização, que sustentam teoricamente este estudo.

A POLÍTICA NACIONAL DE DST NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

A Política Nacional de DST/AIDS de repasse financeiro para unidades subnacionais, até 2002, quando foi instituída a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, foi efetivada pelos Projetos AIDS I e II, para os quais foram investidos, respectivamente, 250 e 296,5 milhões de dólares, com a finalidade de aprimorar as ações de promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/AIDS, prevenção das DST, ampliação do diagnóstico, assistência e tratamento da AIDS, fortalecimento das instituições públicas, privadas e Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuavam neste campo. (BRASIL, 2004a)

O repasse de recursos financeiros para estados e municípios ocorria, até então, por meio da modalidade de convênio. A seleção das unidades subnacionais obedecia aos critérios sociodemográficos e epidemiológicos, bem como a capacidade organizacional e gerencial das mesmas, que passavam a funcionar como Órgãos Gestores do Programa (OGP) com a responsabilidade de elaborar e executar o Plano Operativo Anual (POA).

Entretanto, antes do término do Projeto AIDS II, inicia-se um processo de discussão, envolvendo atores governamentais e não-governamentais, instâncias de pactuação e de controle social, no sentido de buscar novas formas de financiamento e de sustentabilidade das ações de DST/AIDS, alinhada aos mecanismos de gestão e financiamento do SUS, com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002. (BRASIL, 2004b)

Assim, após a Portaria 2.312 do Ministério da Saúde, em dezembro de 2002, a Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS foi efetivada com o Projeto AIDS III, incorporando o programa "[...] de forma definitiva aos mecanismos gerenciais, administrativos e financeiros do SUS, o que passou a exigir mudanças significativas". (BRASIL, 2004b, p. 38)

Entre as mudanças exigidas, destacam-se: (i) o processo de habilitação de estados e municípios selecionados conforme critérios sociodemográficos e epidemiológicos; (ii) o repasse automático fundo a fundo; (iii) a nomeação de grupo técnico para gestor das ações programáticas de DST/AIDS; (iv) a elaboração e negociação do Plano de Ações e Metas de DST/AIDS (PAM) nas instâncias de participação e controle social; (v) a descentralização dos projetos com Organizações da Sociedade Civil (OSC) para a esfera dos governos estaduais; (vi) a "pactuação" de insumos estratégicos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento entre as três esferas; e (vii) pactuação entre os gestores municipais para

referir a população, em conformidade com as diretrizes de descentralização e regionalização do SUS. (BRASIL, 2004b)

Na fase de implantação da Política de Incentivo, houve a ampliação do número de municípios habilitados à referida política para 427, além dos 26 estados da Federação e o Distrito Federal, já incluídos nos acordos de empréstimos anteriores, proporcionado assim, um aumento na cobertura populacional e de número de casos de AIDS, respectivamente de 97,0% e 98,0%. (BRASIL, 2006)

Neste período, foram habilitados, na Bahia, o próprio estado e os sete municípios (Salvador, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Juazeiro, Porto Seguro, Vitória da Conquista) que faziam parte, respectivamente, dos Projetos AIDS I e II. O valor do repasse dos recursos financeiros foi definido pelo PN-DST/AIDS, com base em critérios *per capita,* apresentando variações nos seus valores de referência, por exemplo, de R$ 139.221,74, para Porto Seguro, a R$ 1.052.127,10, para Salvador.

Além dos municípios acima referidos, foram habilitados mais quatro: Eunápolis, Jequié, Lauro de Freitas e Teixeira de Freitas. Para estes últimos, o valor de repasse financeiro foi definido com base na quantia mínima para habilitação fixada pelo Programa Nacional de DST/AIDS, na ordem de R$ 75 mil.

Essas variações de valores, se não comprometem, ao menos reforçam a importância da equidade na distribuição dos recursos públicos, visto que entre municípios existem semelhanças quanto ao contingente populacional, porém diferenças nos valores recebidos. Por outro lado, há que considerar também os dados epidemiológicos como instrumentos de gestão para a política de distribuição de recursos financeiros para as unidades subnacionais, observando-se as mudanças e a dinâmica social da própria epidemia.

Referente à implementação da política de descentralização do Programa de DST/AIDS em âmbito nacional, observa-se que, dois anos após a publicação da Política de Incentivo, foi instituído o Sistema de

Monitoramento, por meio da Portaria Ministerial nº 1.679 de 13 de agosto de 2004, com o objetivo de garantir a transparência no uso dos recursos financeiros, de gerar subsídios ao planejamento e tomada de decisão nos três âmbitos de governo e promover o exercício do controle social em relação às DST/HIV/AIDS.[3] (BRASIL, 2006)

Nos anos que se seguem à publicação das Portarias nº 2.313 e nº 1.679, a habilitação de novos municípios à Política de Incentivo passa por um processo de mudanças, competindo aos estados a realização de estudos de viabilidade do município para gerenciar o programa e os recursos advindos dessa política, com base em critérios epidemiológicos, sociodemográficos e de regionalização, agregados à avaliação sobre a capacidade organizacional e política do poder local para o provimento de serviços assistenciais de DST/AIDS.

A impossibilidade momentânea do PN-DST/AIDS para habilitar novas unidades subnacionais é justificada em razão do orçamento federal e até mesmo da capacidade de gerenciamento de recursos financeiros por parte de alguns estados e municípios já habilitados, cujo valor em conta por vezes excede o valor repassado. Assim, a estratégia atualmente adotada tem sido a habilitação de novos municípios com recursos do teto financeiro dos estados, repassado pelo fundo nacional, implicando diretamente a redução do recebimento desses recursos por parte da esfera estadual.

Diante deste cenário, foi aprovado pela CIB, conforme Resolução nº 168, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE), em 28 de novembro de 2006, proposta de descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no estado da Bahia, tendo sido habilitados, no decorrer

---

[3] O Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e AIDS, conhecido como MONITORAIDS, está estruturado sob três dimensões de análise: a) indicadores contextuais relacionados à epidemia de AIDS e outras DST, associada ao perfil sociodemográfico, econômico e cultural; b) indicadores relacionados ao programa, com ênfase nas questões de vulnerabilidades da população e de determinados segmentos sociais à infecção pelo HIV e outras DST, bem como nas estratégias para prevenção, assistência e controle das DST/AIDS; c) indicadores de impacto com o intuito de avaliar o controle da morbi-mortalidade da AIDS e demais DST. (ARISTIDES JUNIOR et al., 2006)

de 2007, dez municípios: Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Canavieiras, Guanambi, Irecê, Itaberaba, Paulo Afonso, Santo Antonio de Jesus e Serrinha. (BAHIA, 2007)

Em dezembro de 2007, o novo plano de descentralização da gestão do programa de DST/AIDS foi apresentado à CIB, que aprovou, por meio da Resolução nº 176, a inclusão de mais seis municípios: Bom Jesus da Lapa, Itamaraju, Itapetinga, Remanso, Senhor do Bonfim e Valença. O processo de habilitação ocorreu no decorrer deste ano de 2008, com exceção do município de Valença, que não apresentou em tempo o Plano de Ações e Metas em DST/AIDS, conforme exigência da Portaria nº 2.313.

Do ponto de vista epidemiológico, trata-se de uma epidemia que afeta a qualidade de vida da população, principalmente de adultos jovens, com grande impacto na economia do país e na estrutura social e familiar. (FONSECA et al., 2007)

A magnitude da epidemia de AIDS pode ser observada nos dados em âmbito mundial e nacional. Estima-se que no mundo existam cerca de 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo que mais de dois terços das pessoas vivendo com HIV moram na região subsaariana[4], onde também ocorrem mais de 75% dos óbitos associados ao HIV. Quase um terço de todas as novas infecções e de todos os óbitos acontecem em oito países da região sul da África (Botsawa, Lesotho, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbábue). Segundo o Programa da Organização das Nações Unidas para AIDS (UNAIDS), desde 2001 o número de pessoas vivendo com HIV no Leste Europeu e na Ásia Central aumentou em mais de 150%, passando de 630.000 para 1,6 milhões em 2007, sendo que 90% das pessoas vivendo com HIV no Leste Europeu, moram na Ucrânia e na Rússia. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AIDS, 2007)

[4] Corresponde à região do continente africano localizado ao sul do Deserto do Saara.

Na América Latina, estima-se que 1,8 milhões de pessoas são portadores do HIV, sendo que um terço delas vivem no Brasil, país mais afetado pela epidemia, quando comparado em números absolutos. (DOURADO et al., 2006) O Brasil tem notificado de 1980 até junho de 2008, em torno de 506.499 casos de AIDS, apresentado uma taxa de incidência e coeficiente de mortalidade respectivamente de 17,8 e 5,8 casos por 100.000 habitantes de acordo com o PN-DST/AIDS. (BRASIL, 2008)

Embora estudos tenham demonstrado que a disponibilidade universal da Terapia Anti-retroviral (TARV) na rede pública de saúde do Brasil tem causado notável redução da morbi-mortalidade, observada no aumento da sobrevida dos portadores de HIV/AIDS, na redução da incidência e na queda das internações hospitalares (REIS et al., 2007), os desafios no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce do HIV/AIDS e outras DST, entre elas a sífilis, ainda são imperativos, o que faz da descentralização da gestão das ações programáticas de DST/AIDS um consenso nacional.

O estado da Bahia possui um total de 14.198 casos acumulados no período de 1984 até junho de 2008, apresentando ao longo dos anos uma taxa de incidência crescente, com uma pequena variação decrescente entre o ano de 2005 (9,4) e 2006 (8,9), voltando a crescer em 2007 para 9,2 segundo o PN-DST/AIDS de 2008. (BRASIL, 2008). A Bahia segue a tendência nacional da epidemia de AIDS de: a) pauperização, com crescimento da epidemia entre os setores mais pobres da sociedade; b) feminização, cuja razão, por sexo, nos últimos anos, tem sido de 2/1, ou seja, para cada dois homens portadores do HIV/AIDS, existe uma mulher infectada; c) interiorização, visto que 74% dos municípios baianos já têm pelo menos um caso notificado de AIDS. (BAHIA, 2007)

Embora a epidemia de AIDS ainda esteja concentrada na capital, é visível o seu crescimento para cidades de médio e pequeno porte, sendo este um dos critérios utilizados para a descentralização da gestão do programa de DST/AIDS no âmbito estadual. A implementação

desse processo constituiu-se em objeto de estudo desta pesquisa, e seus resultados são apresentados na seção seguinte, a partir das dimensões que envolvem a gestão e o modelo teórico-metodológico adotado, conforme discutido em seções anteriores.

A GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA DE DST / AIDS: RESULTADOS DO ESTUDO EM MUNICÍPIOS BAIANOS

Esta seção discute os resultados da avaliação da gestão do Programa de DST/AIDS em municípios do estado da Bahia como territórios de práticas de saúde, identificando-se os seus fatores intervenientes. Tais resultados são apresentados por dimensão da gestão, segundo o conceito orientador deste estudo, o qual possibilitou o desenho de um modelo de avaliação composto por um conjunto de variáveis e seus respectivos indicadores. A pesquisa foi realizada em dois municípios do estado, aqui identificados como municípios "A" e "B", conforme mencionado anteriormente.

Dimensão Organizacional

A dimensão organizacional da gestão, de acordo com o modelo de avaliação adotado, corresponde à estrutura do processo decisório, contemplando os seguintes indicadores: a) condições organizacionais, b) condições normativas, c) condições jurídicas e d) condições estratégicas.

No que se refere às condições organizacionais, o estudo empírico levantou aspectos relativos à inserção do Programa de DST/AIDS no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e a sua estrutura física e tecnológica. Em ambos os municípios, observa-se que o Programa Municipal de DST/AIDS está inserido na Vigilância Epidemiológica, semelhante ao que ocorre em outras unidades subnacionais. A justificativa apresentada foi a pertinência entre o papel da Vigilância Epidemiológica na promoção da saúde, na gestão e organização de serviços, na prevenção e controle de doenças e agravos, entre eles DST/AIDS.

Nos casos estudados, observou-se que o Programa de DST/AIDS encontra-se hierarquicamente subordinado à coordenação da Vigilância Epidemiológica, com um outro nível hierárquico entre o núcleo de gestão das ações programáticas e o gestor de saúde pública, representado pela figura do Secretário da Saúde. Entretanto, foi relatado que o fluxo administrativo costuma ocorrer diretamente entre a coordenação do programa e o Secretário da Saúde. Essa interação direta foi justificada tanto pela informalidade dos vínculos e flexibilidade protocolar quanto pela quantidade e complexidade das ações. Tais características têm conferido ao núcleo de gestão do Programa de DST/AIDS um caráter predominantemente técnico, no tocante à racionalidade dos processos produtivos de planificação e de cuidados à saúde, e essencialmente político quanto à negociação e mediação de conflitos de interesses inerentes ao processo decisório.

No que se referem às condições físicas e tecnológicas, os atores institucionais entrevistados afirmaram contar com estrutura física adequada, ou seja, sala, mobiliários, equipamentos e sistemas de informação necessários para a tomada de decisão e gestão das ações programáticas de DST/AIDS.

No entanto, em ambos os municípios, foi verificada uma situação muito comum nas instituições de saúde pública, concernente à distribuição e ocupação de espaço físico, onde o compartilhamento das mesmas instalações e recursos tecnológicos tem sido uma tônica. Observou-se que, no município "A", o núcleo de gestão do Programa de DST/AIDS compartilha espaço físico e equipamentos com a Coordenação de Saúde Bucal; enquanto que, no município "B", o espaço físico é conjugado com o Núcleo de Informação em Saúde.

Do ponto de vista do indicador **condição normativa,** verificou-se, nos dois municípios em análise, a ausência de formalização do grupo gestor, mediante nomeação da coordenação e equipe técnica, em conformidade com a Portaria nº 2.313/2002, por razões completamente distintas.

No município “A”, o núcleo de gestão do programa é composto apenas de uma profissional enfermeira do quadro efetivo da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), ou seja, a própria coordenadora que desempenha essa função desde o processo de implantação do programa, com uma intercalação de período de menos de um ano. Esta profissional acumula também a responsabilidade gerencial dos serviços assistenciais de DST/AIDS do município, ou seja, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Itinerante e o Serviço de Assistência Especializada (SAE). Neste caso, a ausência de nomeação formal da coordenação do programa foi justificada pela desvantagem deste ato normativo concernente aos ganhos e vantagens salariais.

Enquanto que, no município “B”, o núcleo de gestão do programa é composto também de uma profissional enfermeira, atuando na função de coordenadora em regime de contrato com a Secretaria Municipal da Saúde e uma auxiliar administrativo; esta última contratada com recursos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS.

Ainda no campo das condições normativas, os achados deste estudo constataram a ausência de comissões, comitês e/ou grupos técnicos assessores ao Programa Municipal de DST/AIDS, enquanto espaço social e político de articulação de práticas, saberes e interação de agentes institucionais e sociais.

No tocante à existência de marco legal normativo com vistas à regulação das demandas organizacionais no âmbito das DST/HIV/AIDS, verificou-se apenas no município “A” indicativo neste sentido. Trata-se da existência de uma Portaria Municipal de nº 20/2007, que autoriza às enfermeiras a prescrição de exames e medicamentos para Abordagem Sindrômica das DST (ABS), em conformidade com as diretrizes e protocolo do Ministério da Saúde.

De acordo com os informantes-chave da pesquisa, a regulação dessa prática profissional decorreu da necessidade institucional de am-

pliar a cobertura dos serviços de diagnóstico, assistência e tratamento das DST/AIDS com base nos princípios de descentralização, universalização e integralidade das ações em saúde, tendo como base do sistema a estratégia saúde da família.

No que se refere ao Município "B", foi justificada a ausência de arcabouço jurídico-normativo no campo das DST/HIV/AIDS, em razão do processo ainda recente de implantação do Programa Municipal de DST/AIDS, apenas um ano, quando correlacionado à data de publicação da portaria de habilitação do município à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, de 23/07/2007 e o período de coleta dos dados.

Referente à existência de assessoria jurídica, verificou-se que ambos os municípios possuem esse tipo de serviço, porém voltado, até então, apenas para questões de natureza administrativa e normativa do poder executivo local. Segundo informantes-chave, o município "A" dispõe deste tipo de serviço. No município "B", foi relatado que a SMS dispunha de assessoria jurídica. Entretanto, no contexto atual, esta encontra-se concentrada na sede da Prefeitura com o propósito de servir a todas as outras secretarias de governo.

Contudo, todos os entrevistados manifestaram a possibilidade de extensão do serviço de assessoria jurídica às necessidades demandadas pelos portadores de DST/AIDS, embora tenham afirmado que, até o momento, não tenham tido demandas neste campo. Somente no município "A" foi referida a existência, no passado, de um serviço de assessoria voluntária aos portadores de HIV/AIDS, porém tal serviço foi extinto após a mudança de cidade do profissional responsável pelo mesmo.

A realidade apresentada pelos municípios reitera a importância do fortalecimento das capacidades administrativas de natureza jurídico-normativa das SMS, ainda que reconheça os limites do universo normativo para regular, não somente questões sociais advindas do processo produtivo do cuidado à saúde, mas também de prover condições

materiais e simbólicas no campo do direito à saúde e da cidadania social e política das pessoas afetadas e/ou infectadas pelas DST/HIV/AIDS.

Ainda nesta dimensão organizacional, no indicador condições estratégicas, a inserção do Programa de DST/AIDS em unidade gestora foi considerada uma condição estratégica, compreendida como autonomia do processo decisório, para gerenciar recursos materiais e financeiros, incluindo a programação, aquisição, logística e controle dos insumos do programa, entre eles os recursos financeiros próprios e o advindo da Política de Incentivo. Os dados obtidos evidenciam realidades distintas nos municípios avaliados.

No município "A", por exemplo, a SMS é unidade gestora, sendo responsável administrativa e estrategicamente por essa ação, realizada respectivamente por meio dos setores de Compras e Licitação, Contabilidade e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Entretanto, no município "B", esta atividade está concentrada em setores, localizados na sede do poder executivo, os quais também foram formalmente constituídos para exercer o gerenciamento dos recursos públicos de todas as secretarias.

A questão de inserção do programa em unidade gestora mostrou-se pouco relevante neste estudo, visto que os problemas relatados pelos entrevistados não decorrem da inserção em si, mas das capacidades administrativas da SMS conforme relatos apresentados a seguir:

> [...] a gente enfrentou grandes problemas no departamento de compras no ano passado dentro da secretaria. O processo licitatório demorava muito pra acontecer. Então, assim, ações que estavam programadas no primeiro semestre foram acontecer lá em dezembro ou não aconteceram por conta de você não ter os insumos necessários, com o recurso na conta. [...] Porque você não ter o recurso e ter que buscar é uma coisa, agora você ter o recurso e não conseguir cumprir é outra, né? [...] Ainda enfrentamos no primeiro semestre alguns problemas e agora parece que está regularizando isso. (Município A, Ator 2)

Para o município B:

> [...] na verdade, a gente sabe que quem trabalha com serviço público é uma média de 45 dias realmente pra gente conseguir a efetivação. [...] É isso que eu fico colocando da importância do planejamento, que é vital realmente pra que a gente possa tá evitando essas situações de emergência. Porque um dos nossos consultores do controle interno daqui, ele diz sempre que urgência, emergência é assim: calamidade pública, tsunami, terremoto... Então, é isso que pode ser justificado como emergência. E que todas as outras coisas a gente pode planejar [...]. (Município B, Ator 1)

Quanto à autonomia política da SMS/Programa Municipal de DST/AIDS frente ao poder executivo local, os entrevistados afirmaram que ambos os municípios possuem total autonomia para decidir, tendo sido inclusive relatada a autonomia técnica e gerencial do núcleo de gestão do Programa. Entretanto, no que se refere à autonomia decisória do município frente às demais esferas de governo, em âmbito estadual e federal, observa-se que há um entendimento diferenciado quanto a essa questão.

No município "A", a compreensão dessa autonomia, na percepção de um dos entrevistados, coloca em evidência o caráter indutor e normativo do Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS no processo de decisão das políticas de prevenção, diagnóstico, assistência e controle das DST/HIV/AIDS.

> [...] porque o que a gente aqui entende, não sei se está faltando alguma coisa pra gente compreender melhor, é que, na verdade, o Programa de DST/AIDS, ele é considerado um programa do Ministério. Ele não é um programa municipal. Então, assim, a gente sente tudo amarradinho. Eu não sei se estou fazendo uma crítica, mas... Na hora que você abre pra fazer o PAM, lógico você vai fazer as adequações para o local, para o município. Mas a gente percebe aquela coisinha amarradinha. (Município A, Ator 1)

No município “B”, essa autonomia é entendida sob o espectro da relatividade, ressaltando-se os papéis e competências distintas entre as esferas de governo que atuam de forma complementar.

> Na verdade, como a gente está começando, estamos aprendendo a coordenar essas ações de DST/AIDS, esse programa. Então, a gente tem o Estado e o próprio Ministério como norteador, porque é importante a gente ter um ponto de partida e seguir, inclusive porque já são políticas nacionais. [...] A autonomia, não posso te dizer assim que é uma autonomia absoluta, porque, na verdade, não é. Mesmo porque a gente não tem condições ainda de ter essa autonomia absoluta [...]. (Município B, Ator 1)

Para o Ator 2 do município “B”:

> [...] a nível estadual, federal é o seguinte: a gente precisa de uma luz, um guia pela nossa experiência ainda ser muito pouca, a gente precisa de orientações e tudo. Então, a gente precisa de, digamos assim, um GPS pra poder a gente deslanchar no programa. (Município B, Ator 2)

No que se refere ao processo de planejamento do Plano de Ações e Metas em DST/AIDS (PAM), verificam-se diferentes cenários, decorrentes de particularidades locais. No município “A”, foi afirmado que a SMS promove encontros mensais envolvendo todas as coordenações de saúde, sendo que uma dessas reuniões é destinada exclusivamente ao tema DST/AIDS, tendo como foco a apresentação e avaliação de indicadores e o levantamento de necessidades para programação do PAM. Além desses atores, outros são integrados no decorrer do processo, como a equipe interdisciplinar do CTA/SAE, a representação local da rede de pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras instituições parceiras.

No município “B”, o processo de elaboração do Plano de Ações e Metas de DST/AIDS encontra-se ainda restrito a poucos atores institucionais, centrado mais na figura da Secretária da Saúde, da diretora de vigilância à saúde, da coordenação do programa e técnicos do CTA/

SAE, tendo sido apresentado como justificativa o amadurecimento do grupo no processo de gestão das ações programáticas de DST/AIDS e o domínio pleno de habilidades gerenciais neste sentido. Entretanto, nos dois municípios, não foi visível a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração desse plano, embora seja da competência dos conselhos atuar na formulação e controle das políticas de saúde em defesa das diretrizes e princípios organizativos do SUS. Conforme foi observado, a participação do Conselho Municipal de Saúde restringe-se apenas à análise e aprovação do Plano de Ações e Metas, sem que tenha qualquer referência sobre sua participação no processo de elaboração, monitoramento e avaliação do PAM.

Em ambos os municípios, observa-se a tentativa de elaboração do Plano de Ações e Metas, consubstanciado em parâmetros locais e em sistemas de informações oficiais, tendo sido destaque o uso do Sistema de Informação de Notificação de Agravos, entre outros, para análise do perfil epidemiológico da população local.

Embora as responsabilidades atribuídas aos municípios na gestão do sistema de saúde requeiram a incorporação do monitoramento e avaliação como componentes do processo de planificação e de tomada de decisão, não foi percebido, nas unidades de estudo, que esta ação seja utilizada sistematicamente como ferramenta de gestão. Mesmo que exista um sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para esse fim, denominado MONITORAIDS, este, por si só, não garante a incorporação dessa prática no planejamento das ações programáticas de DST/AIDS e na estrutura do próprio processo decisório.

Dimensão Operacional

Essa dimensão refere-se à operacionalização do processo decisório, cujos indicadores são: (i) recursos materiais; (ii) recursos humanos; (iii) recursos financeiros. Como se percebe, essa dimensão diz respeito

à capacidade de governança dos municípios, no tocante à operacionalização das ações programáticas de DST/AIDS, levando-se em consideração a dinamicidade desse processo que requer dos governos municipais iniciativas de gestão para mobilizar e ampliar tais recursos, sejam eles materiais, humanos ou financeiros.

Nas visitas de campo aos CTA/SAE dos municípios estudados, foi verificado que estes possuem infraestrutura em termos de mobiliários, aparelhos de comunicação, refrigeração e equipamentos de saúde.

No que se refere aos recursos informacionais, foi verificado no município "A" que o Sistema de Informação de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM) havia sido recentemente implantado, e o Sistema de Informação do CTA (SI-CTA) encontrava-se em fase de implementação. No município "B", encontra-se em fase de implantação o SICLOM e em funcionamento o SI-CTA. Destaca-se aqui a importância desses sistemas de informação enquanto ferramenta de gestão para a operacionalização do processo decisório, embora, pelo que se observa nos municípios em análise, estes sistemas ainda não tenham sido incorporados na sua totalidade ao processo do planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações programáticas de DST/AIDS.

Em que pese as observações acima, verifica-se um esforço conjunto das SMS com a gestão do programa de DST/AIDS para prover as unidades assistenciais de condições físicas, ambientais e tecnológicas que viabilizem um atendimento de qualidade, voltado para a integralidade da atenção à saúde. Para tanto, convém salientar a importância dos insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento como elementos constitutivos desse processo.

Em relação aos insumos de prevenção, especificamente material de informação, educação e comunicação em saúde, estes têm sido produzidos e distribuídos em maior volume pelas esferas federal e estadual. Entretanto, observa-se nos municípios a criação, produção e re-

produção de material de Informação, Educação e Comunicação (IEC), justificada pela necessidade de atender demandas locais e específicas.

> Nós produzimos, mas pouco porque a gente não tem necessidade de produzir tanto material assim, porque já tem um material muito rico que a gente já recebe da Coordenação Estadual de DST/AIDS. Então, não tem porque estar investindo tanto em material já que o que existe está completo e está atendendo muito bem ao nosso público. Nós fizemos algum material, mas com alguns ajustes a nossa necessidade. (Município B, Ator 2)

Ainda em relação aos recursos de IEC, convém resgatar a observação realizada por um dos informantes-chave do Município "A", no que se refere aos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, cujo descompasso de tempo entre envio e chegada aos municípios tem interferido no processo de operacionalização das campanhas, de âmbito nacional, situação esta também documentada nos Relatórios de Gestão de 2006 e 2007 do Programa Estadual de DST/AIDS.

Além dos recursos de informação e comunicação social, a política de prevenção das DST/HIV/AIDS no Brasil engloba uma série de outras atividades e insumos, entre eles o preservativo masculino, feminino e o gel lubrificante.

No que se refere à aquisição de preservativos, masculino e feminino, considerados aqui como insumos de prevenção, estes são de responsabilidade das três esferas de governo, sendo pactuada a aquisição, em caráter complementar, pelas unidades subnacionais. Esses insumos são encaminhados para os estados, que assumem a responsabilidade de gerenciar a logística de distribuição para os municípios.

Em pesquisa documental, verifica-se nos municípios em estudo o planejamento e alocação de recursos para aquisição dos preservativos, em observância às novas regras e também às recomendações do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS, no que se refere ao uso

da fonte de recursos próprios para essa finalidade. Essa informação foi ratificada pelos informantes-chave, conforme narrativa a seguir:

> O único preservativo que a gente adquire aqui no município é o masculino de 52 mm. Os outros são enviados pelo estado. [...] A fonte de recursos utilizados é própria. Isso é a grande indignação de todo gestor. Com todos eles, eu tenho que sentar e explicar que preservativo e medicação são contrapartida do município. Não adianta questionar. E parece que já incorporaram isso e já está mais tranquilo. (Município A, Ator 2)

> Recebemos regularmente do estado. Inclusive todas as unidades de saúde do município, elas têm preservativos em quantidade suficiente à demanda e temos comprado também. Agora, temos recebido do estado uma quantidade satisfatória. (Município B, Ator 2)

Referente aos demais insumos de prevenção, como o preservativo feminino e gel lubrificante, estes também são distribuídos pelo Ministério da Saúde para todos os estados da federação, observando-se as mesmas orientações quanto à logística de distribuição do preservativo masculino. No entanto, como estes insumos fazem parte de uma política de saúde focalizada em ações e públicos específicos, sua aquisição tem sido assumida predominantemente pelo governo federal, principalmente o preservativo feminino, em razão da sua demanda e dos custos de sua aquisição ser muito superior quando comparado ao valor do preservativo masculino.

Referente à aquisição de insumos de diagnóstico para testagem do HIV e Sífilis (VDRL), verificam-se semelhanças e diferenças nas estratégias adotadas nos municípios pesquisados. As semelhanças referem-se à descentralização dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis para os serviços da atenção básica, estando os municípios "A" e "B" com uma cobertura de Programa de Saúde da Família (PSF), respectivamente, de 80% e 79,34%. Quanto à realização do VDRL, este

exame tem sido realizado por meio de serviços terceirizados, visto que o município “A” descentralizou a coleta e contratou serviços do setor privado para a realização deste e de outros exames, e o município “B” não possui Laboratório na rede própria. Outra semelhança observada foi a incorporação, nas atividades do Programa de DST, das ações de prevenção e diagnóstico das hepatites virais, como co-infecções relacionadas ao HIV/AIDS, sendo esta uma realidade cada vez mais constante em território nacional e estadual. Quanto às diferenças percebidas, estas se referem às estratégias para o diagnóstico do HIV, utilizando o método Elisa, visto que, no município “A”, o aconselhamento ocorre de forma descentralizada, bem como a testagem para sífilis, sendo este tipo de exame, juntamente com os de hepatites virais, realizados pelo Laboratório Municipal. No município “B”, essa ação está concentrada no CTA/SAE, cabendo ao município a realização do aconselhamento pré e pós-teste, coleta, armazenagem e transporte das amostras para o Laboratório Central e a Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE), instituições com as quais é mantida uma relação de parceria.

No tocante à fonte de recursos utilizados para esse fim, foi afirmado e fornecido pelos informantes-chave, um documento atestando que estes insumos também têm sido adquiridos com recursos próprios, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS.

Com relação à aquisição de insumos de assistência, verifica-se que os dois municípios têm adquirido os medicamentos de DST, conforme pactuação envolvendo as três esferas de governo, e também os medicamentos para Infecção Oportunista, estes últimos de responsabilidade da esfera estadual.

> A gente tem um problema sério com o rol de infecção oportunista, que seria de responsabilidade do estado e que a gente acaba tendo que comprar, porque você não vai deixar o paciente sem a medicação. E dificilmente, dificilmente não, eu nunca recebi todo o elenco de

> medicação pactuado! Então, recebe assim: de vinte itens, três, quatro itens; os outros, os quais nossos pacientes fazem uso, a gente acaba adquirindo. Mas, assim, os básicos de Abordagem Sindrômica a gente recebe. Falta em algum momento, ou outro, mas normalmente você tem essa medicação. (Município A, Ator 2)

> A gente implantou assim, posso chamar de um programa, para a dosagem supervisionada. Todas as unidades de saúde, elas foram treinadas com o Curso de Abordagem Sindrômica e faz o tratamento do paciente. O paciente já sai dali, já toma a dose supervisionada, dosagem única, e já tem a convocação do parceiro [...] Quanto aos medicamentos para infecção oportunista, por enquanto a gente não tá recebendo do estado. A gente está só com o do município. (Município B, Ator 2)

No que refere aos recursos humanos, foi observado, em ambos os municípios, a existência da equipe interdisciplinar nas unidades assistenciais de DST/AIDS, composta de profissionais da área médica, enfermagem, psicologia, laboratório e farmácia. Além desses profissionais, o município "A" dispõe também de serviço de vacina e odontologia, sendo este último direcionado para toda a rede de saúde. No município "B", acrescenta-se à equipe interdisciplinar de saúde um profissional da área de serviço social.

No tocante à modalidade de gestão dos vínculos de trabalho das equipes do CTA/SAE, as estratégias diferem de um município para outro. No Município "A" a equipe interdisciplinar possui vínculo efetivo com o poder executivo local, obtido por meio do concurso público, enquanto que, no Município "B", a modalidade adotada tem sido a de contrato temporário. No entanto, no município "A", o vínculo efetivo não abrange todos os trabalhadores da saúde, inclusive os da atenção básica, parceiros essenciais no processo de descentralização das ações, sendo a rotatividade de pessoal um dos problemas enfrentados no processo de implementação das ações programáticas de DST/AIDS, conforme se observa em depoimento a seguir.

> [...] na implementação, eu acho que o grande entrave é a rotatividade de mão-de-obra, apesar da minha equipe do SAE e CTA não ter esse problema mais. Porém, as minhas ações de prevenção e de assistência de DST estão todas no PSF. [...] Então, assim, entra e sai, entra e sai, entra e sai, fica muito difícil! [...] Então, assim, fica difícil mesmo! Tem que capacitar! E isso, assim, vai bloqueando essas ações. Você tem hoje um que está funcionando e amanhã não funciona mais. Capacita novamente e não funciona de novo. Então eu acho que é o pior entrave [...]. (Município A, Ator 2)

> Um dos "nós críticos" que eu vejo como entrave ainda no nosso quadro é a questão do vínculo empregatício. É um vinculo precarizado, porque a maioria é de contratado. Todos os técnicos e principalmente os técnicos de nível superior são contratados. Então, isso não inviabiliza a formação de um grupo gestor, mas como a gente tem pouco tempo... Na verdade, a gente está ainda construindo a nossa política de DST/AIDS municipal [...]. (Município "B", Ator 1)

Para superar esse desafio da rotatividade de pessoal, o concurso público tem sido uma das estratégias utilizadas por um dos municípios pesquisados.

> E foi uma pressão, não só da Coordenação de DST/AIDS, como de todas as Coordenações fizeram para que houvesse concurso público. Essa precarização tem que acabar. Não tem jeito! [...] Não é possível você tá capacitando, e isso não é só em DST, você tem que capacitar em todas as áreas. Profissional que entra pra atenção básica, ele vem especializado em alguma coisa pra atender tudo. Então, ele chega e tem que ser capacitado em Hipertensão, Diabetes, em Pediatria, em Pré-Natal, em tudo. (Município A, Ator 2)

A outra estratégia utilizada pelos dois municípios para superar obstáculos desta natureza tem sido o investimento permanente em capacitações, treinamentos, oficinas etc., para formação de novos quadros de pessoal, num esforço de minimizar os efeitos adversos da rotativi-

dade de profissionais no processo de operacionalização das ações de DST/AIDS. No entanto, essa estratégia, apesar de adequada à conjuntura e circunstâncias locais, representa também elevação nos custos de produção, além de focalização de demanda apenas em uma das áreas do desenvolvimento profissional (capacitação), em detrimento de uma proposta integrada entre serviço, ensino e pesquisa que envolva cursos de extensão e especialização.

Neste sentido, foi observado que a qualificação de pessoal tem sido, ao mesmo tempo, uma prioridade para a gestão municipal e também um desafio, visto que exige tempo e profissionais especializados nem sempre disponíveis nos municípios.

Do ponto de vista dos recursos financeiros, foi observado que ambos os municípios apresentam valores de contrapartida superiores ao teto mínimo exigido pelo Programa Nacional de DST/AIDS, da ordem de 15% a ser aplicado sobre o valor dos recursos repassados fundo a fundo pela Política de Incentivo. No município "A", o valor do incentivo corresponde à quantia anual de R$ 139.221,74, estando os recursos de contrapartida alocados no PAM-2008, no valor de R$ 49.503,46, representando, portanto, um aumento de 169,7% do valor pactuado. No município "B", o valor do incentivo é da ordem de R$ 75 mil, e a contrapartida para o ano de 2008 foi de R$ 28.200,00, apresentando também uma elevação de 113,1%.

Buscou-se observar também a capacidade de operacionalização desses recursos, ou seja, a relação existente entre recursos programados e efetivamente utilizados. Foi verificado que, até o fim do primeiro semestre de 2008, os municípios "A" e "B" já haviam despendido, respectivamente, 55% e 96% dos recursos de contrapartida para a aquisição de insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Ao considerar que a manutenção dos serviços assistenciais de DST/AIDS demanda investimentos próprios dos municípios para pagamento de pessoal, aquisição de insumos administrativos e de saúde,

entre outros itens, a participação de recursos próprios da esfera local vai além do pactuado e programado no Plano de Ações e Metas. O município "A", por exemplo, informou que os gastos com AIDS no ano de 2007 foram da ordem de R$ 333.941,23, estando neste valor incluído o pagamento de salários e encargos sociais da equipe do CTA/SAE, manutenção predial e dos veículos, aquisição de insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento (preservativos, reagentes e medicamentos para IO e DST), conforme pactuação referida anteriormente.

Verificou-se também, nos municípios estudados, que as receitas proveem essencialmente da área de serviços, sendo este um dos motivos apresentados pelos informantes-chave para possíveis limitações na capacidade de investimento do município, visto que não dispõem de outras fontes de recursos para operacionalização das ações programáticas de DST/AIDS, além dos recursos próprios alocados e do incentivo financeiro da Política Nacional.

Apesar do esforço dos municípios para ampliar sua capacidade de investimento, os dados obtidos em campo têm evidenciado uma dependência, ainda forte, dos recursos advindos da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, por meio do mecanismo de transferência automática fundo a fundo, conforme narrativa apresentada a seguir:

> Eu acho que dá pra manter (referindo-se à manutenção do programa somente com recursos próprios do município), mas não com essa qualidade, entendeu? [...] Por exemplo, se eu quero fazer uma campanha, eu posso estar fazendo essa campanha, posso tá estruturando com um bom material, com uma boa divulgação. Eu vou fazer uma capacitação, eu posso organizar isso. [...] E duvido que pudéssemos ter esse recurso, porque eu vejo as outras pastas, andam, mas não com essa qualidade! (Município A)

Neste contexto, chamam atenção as diferenças no cálculo para estabelecimento dos valores repassados para os municípios, que, se não

revisados, podem vir a se constituir num indicativo de reprodução de iniquidades no âmbito da política social de saúde.

Dimensão da Sustentabilidade

Essa dimensão corresponde à institucionalização de mecanismos que contribuam para a sustentabilidade dos resultados de gestão, verificada a partir dos seguintes indicadores: a) ampliação de parcerias; b) ações intersetoriais; c) alianças e iniciativas estratégicas empreendidas; d) mecanismos institucionalizados para sustentar resultados.

Sob essa perspectiva, a dimensão de sustentabilidade da gestão fundamenta-se na compreensão de que as instituições de saúde estão imersas na dinâmica social e se constituem em espaço social e político, com a função de mediar interesses conflitantes, prover e regular demandas para toda a sociedade.

No que diz respeito à ampliação de parcerias, os achados empíricos evidenciam que os municípios têm empreendido esforços neste sentido, porém essas relações têm ocorrido com mais frequência no campo da articulação de práticas intersetoriais, sem que haja para isto um projeto formalizado de cooperação técnica e financeira entre as instituições. Apenas com referência ao município "B" há relato da existência de um projeto elaborado pelo poder local e financiado pelo Ministério da Saúde, cuja ação será voltada para a atenção à violência intradomiciliar.

No município "A", a experiência de parceria tem se dado por meio do apoio institucional à entidade local que representa o segmento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Entre esses apoios foram relatados: a) cessão de uso de um imóvel para sediar as atividades do núcleo; b) contratação temporária do representante local para dedicação às atividades do núcleo, como forma de garantir a implementação das ações, sem que isto implique em perda de autonomia política do grupo; c) financiamento de ações relacionadas aos eventos de prevenção e de for-

talecimento do movimento social; d) fornecimento de insumos estratégicos de prevenção (material de IEC, preservativos) para as atividades de prevenção do grupo; e) interação entre os serviços assistenciais e o núcleo de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Embora o município "B" não tenha ainda um núcleo de representação de pessoas vivendo com HIV/AIDS, foi mencionada a parceria com uma Organização da sociedade civil, especificamente o Sindicato de Trabalhadores Rurais, com vistas à ampliação do acesso às ações de prevenção das DST/AIDS e do diagnóstico do HIV, mediante a realização da testagem consentida.

No tocante à ampliação de parcerias com o setor privado, para a implementação de ações de prevenção com foco na informação e educação em saúde, ambos relataram experiências neste campo, principalmente durante as campanhas educativas de âmbito nacional, estadual ou datas comemorativas locais.

Com base nesses dados, infere-se que a ampliação de parcerias e a articulação entre setores governamentais e não-governamentais não se resume exclusivamente à ampliação de recursos financeiros, mas requer envolvimento e comprometimento da sociedade no enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST, sendo esta rede de solidariedade e cooperação um grande capital social e intelectual que repercute direta e indiretamente na institucionalização e sustentabilidade das ações programáticas.

Em relação às ações intersetoriais desenvolvidas pelos municípios, observa-se tentativas e esforços na construção de práticas que envolvam tanto os demais programas de saúde pública, que mantêm interface com as DST/AIDS, quanto com outros setores governamentais do poder executivo e representação de classe.

No município "A", entre as ações intersetoriais desenvolvidas em parceria com as instituições locais, destacam-se: o Projeto Sentinela em parceria com a Secretaria de Assistência Social, a Delegacia da Mulher,

a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Casa de Passagem para usuários de drogas, o Núcleo de Apoio Integral ao Adolescente (NAIA), escolas, entre outras.

No município “B”, foram relatadas parcerias com setores governamentais, entre eles as Secretarias de Infraestrutura e de Assistência Social, Projeto Sentinela, Delegacia e Escolas.

Concernente ao desenvolvimento de ações intersetoriais com os outros programas/serviços de saúde, em ambos os municípios foi afirmada a articulação com os programas de tuberculose e hepatites (cujas ações deste último foram assumidas pelo Programa Municipal de DST/AIDS), além de saúde bucal, maternidades e hospitais locais, saúde mental, laboratório central, vigilância sanitária, atenção básica, entre outros, confirmando que a integralidade da atenção à saúde requer a articulação e integração de práticas sociais e institucionais.

Em relação às alianças estratégicas empreendidas pelo poder local, a parceria com a atenção básica é considerada, de forma unânime para ambos os municípios, como a mais importante para viabilizar o processo de descentralização das ações e serviços de DST/AIDS em âmbito municipal.

> Pra mim, a mais estratégica é a atenção básica. Eu não vejo hoje nenhuma ação de saúde sem você descentralizar pra atenção básica! Não existe você fazer prevenção de DST, assistência de DST, nada disso, sem o agente comunitário de saúde, que é um instrumento de vital importância hoje quando você fala em prevenção. (Município A, Ator 2)

> É a atenção básica, e através dela, é que a gente vai chegar na ponta e fazer o trabalho preventivo e divulgar o programa. Toda nossa finalidade mesmo é a prevenção. Então, eles é que estão corpo-a-corpo. Inclusive a gente fez um trabalho desses com os agentes comunitários, treinamos todos os agentes comunitários do município pra trabalhar com DST/AIDS. (Município B, Ator 2)

Esses depoimentos reforçam a tese da atenção básica de Saúde (ABS) como um primeiro nível de atenção e, portanto, como uma "porta de entrada" do usuário na rede do SUS, tendo sido considerada também como uma estratégia de reorientação do sistema de saúde. Com base nesse entendimento, depreende-se que a ABS tem se constituído em lócus ideal para a implementação das ações de promoção da saúde e prevenção das DST/HIV/AIDS, entre outros agravos/doenças, sob a perspectiva da integralidade e universalização da atenção à saúde da população.

Neste sentido, destaca-se que, no município "A", segundo depoimentos, este processo encontra-se em estágio mais avançado e em fase de consolidação, tendo sido inclusive salientado, por um dos informantes-chave, resultados obtidos com essa parceria.

> [...] do ano passado pra esse ano nós estamos instrumentalizando todas as unidades de saúde com equipamentos para aplicação da penicilina benzatina dentro das unidades de saúde. Isso já aparece na queda da sífilis congênita. Quer dizer, é bacana de olhar porque ele é bem proporcional. Você instrumentaliza a unidade de saúde, capacita os profissionais e, na sequência, logo na sequência, você já começa ver uma queda na sífilis em gestante e em sífilis congênita, quer dizer, vai refletir lá no hospital. E aí tem que dar esse *feedback* pras equipes também. 'Olha, que legal que vocês estão fazendo'. (Município A, Ator 2)

No município "B", em razão do processo recente de habilitação à Política de Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, esta ação ainda está em fase de construção, conforme se observa a seguir.

> [...] E temos um terceiro projeto também que já está até implantado, que é o Programa Amor com Saúde, que a gente tem em onze unidades. [...] Então, a gente tem pouco tempo que implantou, tem dois meses, a gente já fez o treinamento de enfermeiros e do médico e já estamos aprazando o treinamento pra técnicos de enfermagem, pra

> recepção e pra o pessoal de limpeza e também pra atendente de consultório de odontologia. (Município B, Ator 2)

Há, portanto, um consenso em torno da importância da descentralização das ações de DST/AIDS para a atenção básica, como uma estratégia de ampliação do acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e assistência às DST/AIDS. Porém, há que se pensar na qualidade e aprimoramento contínuo desses serviços e ações, em razão das circunstâncias estruturais e conjunturais que se fazem presentes no campo da gestão de pessoas, com efeitos na alta rotatividade de pessoal, conforme discutido anteriormente.

Referente às iniciativas de gestão para institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde e áreas programáticas, chama atenção as iniciativas de implantação de canais institucionalizados para auscultar críticas e sugestões dos trabalhadores, usuários da rede de serviços, parceiros governamentais e não-governamentais e população em geral. Nesse particular, os municípios apresentaram estratégias semelhantes quanto à instalação de opinários nas unidades de saúde e sistema de ouvidoria. Foi afirmado que esses dados são processados e encaminhados ao setor correspondente para explicação e resposta social, tendo sido relatado também o uso da internet como ferramenta de gestão, no sentido de disponibilizar meios diversificados para o acesso da população.

> A gente tem uma Ouvidoria Municipal que tem um 0800 para as pessoas. Tem um horário de funcionamento das 08 até as 16 horas. Fica uma funcionária específica só pra ouvir. E, nas unidades de saúde da família, a gente tem opinários que podem tá colocando o que quiserem. E, aí, a supervisão ou coordenação retira, faz relatório por unidade, e para cada reclamação, queixa, sugestão que tenha, ela consolida e encaminha para os setores correspondentes. [...] A mesma coisa é com a ouvidoria: ela separa o que é pra cada um. (Município A, Ator 1)

> [...] todas nossas unidades têm uma caixa e temos também a ouvidoria. O fluxo é assim: a gente recebe da ouvidora daqui da secretaria ou então a própria ouvidoria já encaminha, porque a gente tem a internet. Os que são pela internet a gente já tira e aí eu encaminho ou a própria ouvidora já encaminha diretamente para aquele setor onde foi a queixa. Então, a maioria ainda são queixas, mas a gente recebe parabéns também, mas não são muitos não. A grande maioria ainda são queixas. E, então, eu encaminho pra aquele setor pertinente para ele fazer a defesa, a resposta, Sempre tem uma resposta. [...] A gente procura sempre fazer 100%.[...]. (Município B, Ator 1)

No tocante aos canais de comunicação utilizados para veiculação das informações, sejam de cunho gerencial e/ou educativo, verifica-se que os municípios em questão têm no boletim epidemiológico um instrumento de comunicação e compartilhamento dos resultados de gestão.

Além disso, foi relatada a utilização de outros veículos de comunicação social como estratégia de socialização das informações, conforme se observa a seguir.

> A gente trabalha com o material informativo em pontos estratégicos. Não só em épocas de eventos. A gente trabalha mensalmente na feira, divulgando pro pessoal na feira, em escolas, em palestras, na zona rural, na rádio também e utilizamos a TV, que sempre está em contato com a gente, procurando saber o que está sendo realizado, qual a situação. [...] Tem um jornal da Secretaria Municipal. (Município B, Ator 2)

> Tem as campanhas em que a gente utiliza folder, utiliza esse material instrucional, como também camisetas. Veículo de comunicação aqui é complicado porque todas as rádios estão na mão de políticos. Então, dependendo da gestão, a gente pode usar ou não. Isso é um outro entrave que a gente tem. Mas rádio funciona muito bem, e todas as vezes que utilizamos tem um retorno muito grande. [...] A gente utiliza

> muito, que não é um instrumento, mas funciona como, que é o agente comunitário de saúde. Ele tem uma inserção maravilhosa dentro da comunidade. Então, quando você passa a informação a ele e solicita que ele divulgue, funciona muito bem! (Município A, Ator 2)

Sob essa perspectiva, depreende-se que, nos municípios estudados, o Programa de DST/AIDS tem buscado construir sua base de sustentação e apoio, o que deve estar contribuindo para lhe conferir o reconhecimento público observado em território nacional e internacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados do estudo empírico sobre a gestão descentralizada do programa de DST/AIDS, realizado em dois municípios do estado da Bahia, evidencia constrangimentos nas três dimensões da gestão aqui estudadas. Assim, no que diz respeito à dimensão organizacional, verificou-se nos dois municípios uma relação ainda frágil dos governos locais, no tocante à autonomia decisória frente aos demais níveis de governo, no que se refere à definição de diretrizes políticas, de prioridades institucionais, de tecnologias materiais, informacionais e humanas, bem como de normatizações administrativas e jurídicas que regulem as demandas organizacionais e sociais, relativas ao programa de DST/AIDS. Apesar dos achados empíricos apontarem para uma autonomia técnica das coordenações municipais de DST/AIDS na operacionalização do processo decisório, esta autonomia, por sua vez, mostrou-se vulnerável quando analisada sob a perspectiva dos mecanismos institucionalizados que legitimem sua atuação profissional.

Na dimensão operacional da gestão entre os problemas que se colocam como desafios a serem enfrentados pelos governos municipais, os dados apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do planejamento e dos mecanismos de programação de compras e licitações, monitoramento e avaliação das ações, no sentido de garantir raciona-

lidade, agilidade e eficiência administrativa para a operacionalização das ações.

Além desses problemas de natureza administrativa e gerencial, os municípios têm sido espaços sociais e políticos de tensão permanente decorrentes de questões estruturais, que impedem e/ou dificultam o processo de ampliação de suas ações e serviços. Neste sentido, o estudo empírico evidenciou a gestão de recursos humanos como um dos mais fortes elementos dificultadores do processo de descentralização da saúde e das ações programáticas de DST/AIDS, dada às desigualdades sociais intra e interregionais, traduzidas na precarização das relações de trabalho, dos vínculos empregatícios, na frequente rotatividade de pessoal, bem como na limitada estrutura de desenvolvimento humano, profissional e organizacional.

Em que pese os avanços na formatação de uma política de saúde fundamentada em um projeto ético, político e social de direito, ainda têm sido muito tímidas as iniciativas de gestão, dos três níveis de poder, em priorizar a política de desenvolvimento humano como um diferencial para a melhoria dos processos de trabalho no campo da saúde e na implementação de suas ações.

Agregados a esses fatores, os dados obtidos mostram a importância e necessidade de responsabilidades compartilhadas entre os entes federados, por meio de uma relação solidária e complementar, principalmente no caso do objeto em estudo, no cumprimento das pactuações que envolvem recursos financeiros, insumos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das DST/HIV/AIDS e co-infecções, sob pena de transformar ou limitar a descentralização a uma mera desconcentração de responsabilidades para os governos locais.

Ainda sob esse aspecto, evidências empíricas demonstraram a questão emblemática e até mesmo paradoxal que envolve os municípios, no tocante aos gastos públicos com as ações programáticas de DST/AIDS, muito além do formalmente pactuado, quando comparado

o investimento na manutenção dos serviços assistenciais de DST/AIDS e os recursos que recebem do governo federal por meio da Política de Incentivo. Os dados revelam que, embora os recursos advindos dessa Política de Incentivo se apresentem como a grande mola propulsora para o processo de ampliação de parcerias, alianças estratégicas e articulações intersetoriais, sem os quais os municípios não poderiam assegurar um padrão de qualidade e de expansão contínua de suas ações, os investimentos realizados com recursos próprios ultrapassam os valores repassados fundo a fundo. Ficou evidenciado também que iniquidades no âmbito da distribuição desses recursos públicos pelo gestor federal reforçam a reprodução das desigualdades regionais e sociais, fonte de problemas estruturais e conjunturais, com efeitos adversos no processo de descentralização da saúde e das ações programáticas de DST/AIDS.

Quanto à capacidade de ampliação dos recursos, por parte dos governos locais, observa-se a sua vinculação à capacidade administrativa de arrecadação de tributos, os quais se apresentam atrelados à atividade econômica dos municípios, que, nas unidades de análise em questão, mostram-se bastante limitadas.

No que diz respeito à dimensão da sustentabilidade, é possível concluir que os esforços para construir parcerias intersetoriais e alianças estratégicas têm sido visíveis, principalmente no processo de descentralização das ações para a atenção básica, como estratégia de reorganização do sistema e de melhoria do acesso da população aos serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das DST/AIDS, sendo este um avanço significativo no âmbito das ações coordenadas de saúde pública.

Contudo, as iniciativas de gestão para auscultar e compartilhar decisões, embora se verifiquem mecanismos institucionalizados para esse fim, a participação e controle social ainda se apresentam frágeis. Isto porque ainda é frágil a representação de pessoas vivendo com HIV/AIDS em Organizações e outras entidades da sociedade civil, visto que

as Organizações sociais que militam nesse campo costumam se concentrar, na sua grande maioria, na capital e em algumas cidades localizadas nas proximidades dos grandes centros urbanos.

Os achados desta pesquisa, ao trazer evidências empíricas sobre o conjunto de dimensões e variáveis envolvidas na gestão descentralizada do Programa Nacional de DST/AIDS, ratificam a complexidade e a natureza multifacetada da gestão descentralizada da saúde em contextos de carências e heterogêneos como o dos municípios baianos.

REFERÊNCIAS

ARISTIDES JUNIOR et al. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de AIDS no Brasil. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, n. 40, p. 09-17, 2006. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800013>. Acesso em: 10 ago. 2011.

ARRETCHE, M. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

______. A política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. SUÁREZ, J. (Org.). *Saúde e democracia:* história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. *Relatório de Gestão do Programa de DST / AIDS – 2007.* Salvador, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Desenvolvimento recente das políticas de controle da AIDS e outras DST no Brasil:* descentralização e controle social. Brasília, DF, 2004a. Texto mimeografado.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico AIDS,* Brasília, DF, ano 5, n. 01, jan. / jun. 2008.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *MONITORAIDS:* sistema de monitoramento de indicadores do programa nacional de DST e AIDS, Brasília, 2004b. [versão 1.0]

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Política de incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST e HIV/AIDS:* subsídios de análise do monitoramento dos Planos de Ações e Metas das Secretarias Estaduais de Saúde. Texto mimeografado. Brasília, 2006.

DRAIBE, S. M. Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Maria Cecília R. Barreira; Maria do Carmo B de Carvalho (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.* São Paulo: IEI; PUCSP, 2001. p. 13-41.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, n. 40, p. 09-17, 2006. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

FONSECA, M. et al. Vinte e cinco anos da epidemia de AIDS no Brasil: principais achados epidemiológicos, 1980-2005. *Caderno de Saúde Pública,* n. 23, Rio de Janeiro, 2007., n. 3, p. S333-S343. ISSN 0102-311X. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/02.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

GUIMARÃES, M. C. L. *Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios:* o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998. 2000. 385 f. Tese (Doutorado em Administração) – Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

______. Processo Decisório e Conflitos de Interesses na Implementação da Descentralização da Saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. *Caderno CRH,* Salvador, n. 39, p. 105-132, jul. / dez. 2003.

______. et al. *Relatório Final - Projeto de avaliação da capacidade de gestão das Organizações Sociais:* uma proposta metodológica. Salvador: Escola de Administração - UFBA, 2002.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do "folclore" e o "fato". *Gestão & Produção,* São Carlos, SP, v. 8, n. 3, p. 304-318, 2001.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Tomos I e II. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AIDS. *Situação da epidemia mundial de AIDS.* [S.l.]: Organização Mundial da Saúde - UNAIDS, 2007. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/>. Acesso em: 11 ago. 2011.

PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.* Salvador: EDUFBA, 2006.

REIS, A. C. et al. A mortadilidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. In: *Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil - Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul. / set. 2007.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização**.** *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, set. / out. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13023.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

COLOFÃO

Formato	170x240mm
Tipologia	ZapfCalligr BT e Zurich Cn BT
Papel	Alcalino 75 g/m2 (miolo)
	Cartão Supremo 250 g/m2 (capa)
Impressão	Setor de reprografia da EDUFBA
Capa e Acabamento	Cian gráfica
Tiragem	400 exemplares